

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**ESTRUTURA DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
SOBRE ENCOPRESE EM CRIANÇAS DOS 7 AOS 12 ANOS:
ABORDAGEM PSICODINÂMICA**

Cláudia Raquel Leal Bettencourt

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia
Clínica Dinâmica)**

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**ESTRUTURA DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE ENCOPRESE
EM CRIANÇAS DOS 7 AOS 12 ANOS:
ABORDAGEM PSICODINÂMICA**

Cláudia Raquel Leal Bettencourt

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia
Clínica Dinâmica)

**Dissertação de Mestrado orientada pela Prof. Doutor
Manuel Matos**

2008

Resumo

A presente estrutura de projecto de investigação propõe um estudo exploratório sobre o sintoma encoprese, com crianças dos sete aos doze anos, e respectivas famílias (nomeadamente, as mães). O presente trabalho subdivide-se em três módulos distintos. O primeiro módulo consiste numa revisão da literatura psicodinâmica sobre a compreensão das patologias psicossomáticas no geral, e sobre o sintoma encoprese na sua especificidade. O segundo módulo apresenta a estrutura do projecto de investigação proposta, em que se sugerem os procedimentos metodológicos necessários para: 1) a caracterização das relações familiares, tal como são percebidas e concebidas pelas crianças que apresentam o sintoma encoprese (utilizando o *Family Relations Test*, revised; Bene, & Anthony, 1978); 2) a verificação empírica da hipótese psicodinâmica proposta por Santos & Caldas (1972), sobre os mecanismos de defesa preferenciais (um perfil defensivo típico) das mães das crianças que manifestam o sintoma encoprese (utilizando o *Defence Mechanisms Inventory*; Gleser, & Ihilevich, 1969); 3) e por último, apresenta-se um esboço inicial de um questionário (*Questionário Psicodinâmico sobre a Encoprese*; Matos, & Bettencourt, 2008) construído a propósito desta investigação, e pretende de forma sintética, rápida e acessível, recolher aspectos do desenvolvimento psico-afectivo destas crianças (é essencialmente uma ferramenta clínica) pertinentes para a compreensão do sintoma. O último módulo deste trabalho consiste num estudo do caso de um rapaz de oito anos (e respectiva mãe) que apresenta um quadro clínico de encoprese, retentiva, secundária, com o qual se exemplifica a estrutura de projecto de investigação proposta.

Palavras-chave: Encoprese; Crianças em Idade Escolar; Abordagem Psicodinâmica, Estrutura de um Projecto de Investigação; Estudo de Caso.

Abstract

The following structure of this investigation proposes an exploration study about the symptom encoprese, in children between seven and twelve years hold, and their family's (particularly, their mother's). The present paper it's composed of three different parts. The first one consists on a revision of the psychodynamic literature about the generality of psychosomatic disorders, and about the specificity of the symptom encoprese. The second part presents the structure of the proposed investigation, in which we suggest the necessary methodological procedures to: 1) the characterization of the family relations, exactly as children with encoprese perceives it (using the *Family Relations Test*, revised; Bene, & Anthony, 1978); 2) the verification of the psychodynamic hypothesis made by Santos, & Caldas (1972), about the preferred defence mechanisms (a specific profile) of the mothers of children with encoprese (using the *Defence Mechanisms Inventory*; Gleser, & Ihilevich, 1969); 3) and in the final of second part, we present an initial sketch of a questionnaire (*Questionário Psicodinâmico sobre Encoprese*; Matos, & Bettencourt, 2008) built with the purpose of in a simple, fast, and accessible way, collected data of the psycho-affective development (it's essentially a clinical tool), relevant to the understanding of the symptom. The third part of this paper consists in a clinical study of an eight year old boy with retentive encoprese, and of his mother, with which we exemplify de proposed structure of this investigation.

Key-words: Encoprese; Children in School Age; Psychodynamics; Structure of an Investigation Project; Case Study.

Índice

1. Enquadramento Teórico

Parte I – *As Patologias Psicossomáticas e o Modelo Teórico Psicodinâmico*

1. O Conceito “Psicossomática”.....p. 1
2. Referencial Psicodinâmico e a Patologia Psicossomática no Adulto.....p. 2
3. A Psicossomática na Criança.....p. 13
 - 3.1. Teoria Psicodinâmica: dimensões específicas na compreensão da psicossomática da criança.....p. 13
 - 3.1.1. A Relação primária.....p. 13
 - 3.1.2. A Construção do Sentimento de Continuidade do Self e a Patologia Psicossomática.....p. 20
 - 3.1.3. A Importância do Contacto Pele-a-Pele e o Sentimento de Continuidade de Si na Patologia Psicossomática.....p. 24
 - 3.1.4. Nota sobre o Acesso à Triangulação e a Patologia Psicossomática.....p. 29

Parte II – O Sintoma

Encoprese.....p.31

1. Quadro psicopatológico e considerações para o diagnóstico

- 1.1. Descrição da sintomatologia.....p. 31
- 1.2. Diagnóstico Diferencialp. 33
 - 1.2.1. Distinção e Introdução à compreensão da patologia *Megacólon Funcional* ..p. 33
- 1.3. Evolução e Prognóstico.....p. 35
- 1.4. Dados epidemiológicos
(Incidência e prevalência, comorbilidade, variações em função do sexo).....p. 36

2. Abordagem teórica compreensiva:

Referencial psicodinâmico e o sintoma da encoprese na criança.....p. 37

- 2.1. Tarefas de Desenvolvimento Normativas na Aquisição do Controlo Esfincteriano e a Fase Anal do Desenvolvimento Psicosssexual.....p. 37
- 2.2. Características Psicológicas da Criança com Encoprese.....p. 40
- 2.3. Compreensão Psicodinâmica do Sintoma Encoprese.....p. 43

2. Presente Estudo.....p. 52

Objectivos.....	p. 52
3. Método.....	p. 55
3.1. Amostra.....	p. 55
3.2. Procedimentos.....	p. 55
3.3. Instrumentos	
1. Family Relations Test (F.R.T-revised) (Bene & Anthony, 1978).....	p. 56
2. Defence Mechanism Inventory (DMI) (Gleser & Ihilevich, 1969).....	p. 62
3. Questionário Psicodinâmico sobre Encoprese (Matos, & Bettencourt, 2008).....	p. 64
4. Referências.....	p. 65
5. Anexos	
5.1. Anexo I – Critérios de Diagnóstico para Encoprese	
5.2. Anexo II – Estudo de Caso Clínico: Miguel, 8 anos, com Encoprese Secundária e de tipo Retentivo: <i>Exemplo da Aplicação da Metodologia de Investigação</i> <i>Proposta</i>	
Anexo II. I – Desenho de uma pessoa (elaborado pelo Miguel)	
Anexo II.II – Desenho da família	
Anexo II. III – Questionário Psicodinâmico preenchido pela mãe do Miguel	
Anexo II.IV – Gráficos dos Resultados do Miguel no Family Relations Test Revised (Bene, & Anthony, 1978)	
5.3. Anexo III – Conteúdos dos Itens do Family Relations Test – Revised (Bene, & Anthony, 1978)	
5.4. Anexo IV – Autorização para os Pais das Crianças com Encoprese	
5.5. Anexo V – Requerimento formal da autorização do projecto para o Hospital D. Estefânia	

1. Enquadramento Teórico

Parte I – As Patologias Psicossomáticas e o Modelo Teórico Psicodinâmico

4. O Conceito “Psicossomática”

A patologia psicossomática pode ser entendida como um desequilíbrio no sistema bio-psico-social de cada indivíduo, que possui um valor comunicacional para o indivíduo que dela padece e para o meio que o envolve. Diz respeito “a patologias orgânicas, derivadas de lesões ou funcionais, nas quais se reconhece uma participação psicológica prevalecente na sua génese e evolução” (Kreiser, 1985, p.430), e podem ser definidas como “estados físicos (sintomas, síndromes, e doenças) em que, face a uma situação conflitual, desencadeiam um processo de desorganização somática, passageira ou recorrente, por submersão das possibilidades de integração mental ou falência dos mecanismos capazes de assegurar a elaboração mental dos conflitos” (Silva, 1991, p.18).

Na definição dos limites e da abrangência da noção de **sintoma psicossomático**, Stisman (1999, p. 320) organiza a seguinte síntese dos principais conceitos psicanalíticos, que permite delimitar e posicionar na relação com outros conceitos inerentes ao domínio da investigação psicossomática, o sintoma em trabalho nesta investigação: “ a) A conversão histérica, por definição não implica uma lesão orgânica e relaciona-se com uma patologia funcional; b) Uma alteração orgânica enquadrada pela patologia psicossomática clássica, especialmente estudada pela escola de Chicago; c) Uma alteração orgânica que corresponde a qualquer patologia somática, qualquer que seja o órgão comprometido e a gravidade do quadro; d) Uma manifestação somática acompanhada de lesões orgânicas, que não remete para um conflito neurótico; ou seja, um sintoma hipocondríaco; e) Alterações funcionais diversas como a encoprese, que não se baseiam numa lesão orgânica nem correspondem a uma manifestação histérica, nem se enquadram na patologia hipocondríaca.”

5. Referencial psicodinâmico e a patologia psicossomática no adulto

Na tradição psicanalítica freudiana, a patologia psicossomática foi inicialmente concebida como expressando um conflito psíquico, à semelhança da compreensão psicanalítica dos sintomas de conversão histérica. A explicação conflitual da patologia psicossomática resumia a patologia psicossomática à teoria da conversão histérica (Coimbra de Matos, 2003). Desta perspectiva inicial, retira-se a importância do valor comunicacional do sintoma (algo que a psicossomática e a conversão histérica partilham), embora na patologia psicossomática, o pólo pré-genital e pré-edipiano do sofrimento expresso, seja um traço que marca uma cisão importante na forma de conceber e compreender as aproximações feitas entre os dois tipos de psicopatologia. Esta perspectiva revelou-se insuficiente na compreensão da complexidade inerente à predisposição ao funcionamento psicossomático, e os movimentos teóricos subsequentes fazem tentativas de preencher as lacunas do raciocínio psicanalítico sobre a patologia psicossomática.

Alexander (1963), é uma referência histórica, fez dos primeiros estudos sistemáticos sobre algumas das principais patologias concebidas como psicossomáticas, e não se afasta completamente da ênfase na dinâmica conflitual na compreensão da patologia psicossomática, visto que procurou detectar, para cada patologia que investigou, os conflitos centrais que acreditava contribuir diretamente para a predisposição dos tipos de desorganização somática específica a cada patologia.

Demarcando-se com mais clareza da perspectiva conflitual sobre a etiologia da patologia psicossomática, a Escola de Psicossomática de Paris, com Marty, M'Uzan, & David (1967) define e delimita um tipo de *organização da personalidade*, que parece predispor ao sofrimento psicossomático, recorrendo aos conceitos de: 1) “*Pensamento operatório*”, o cúmulo da carapaça defensiva, em que temos um pensamento despido de vida afectiva, pobre, assente numa predominância extrema e defensiva do concreto e do princípio da realidade (dominado pelo processo *secundário* do pensamento¹), em que o pensamento simbólico, dependente das múltiplas inter-conexões entre processo primário e processo secundário de pensamento, está empobrecido; 2) *Depressão essencial* – associada a uma perda precoce, um trauma muito aquém da possibilidade da

¹ Segundo Freud (citado por Santos & Caldas, 1972) a vida psíquica é em grande parte inconsciente e constituída por dois processos de pensamento interdependentes, mas bastante distintos em relação à sua natureza. O processo de pensamento primário é maioritariamente inconsciente, e a satisfação das pulsões é imediata, total e pela via mais simples, sendo que este funcionamento está intimamente relacionado com “experiências arcaicas elementares, de desejos satisfeitos ou frustrados e pela alucinação do desejo, funcionando segundo o princípio do prazer” (p.19). O processo de pensamento secundário é mais tardio no desenvolvimento da criança e está em contínuo aperfeiçoamento ao longo da toda vida, é tendencialmente de natureza pré-consciente e consciente, e apesar de também visar a descarga pulsional, é responsável pela mediação com as exigências da realidade, servindo funções de mediação, entre o ego e o meio. A capacidade reflexiva é a sua sustentação, e orienta-se segundo o princípio da realidade, em detrimento do princípio do prazer (Santos & Caldas, 1972).

elaboração psíquica (anterior aos 6 meses), que resulta num estado assintomático em termos psíquicos e que se traduz numa perturbação do funcionamento biológico do organismo, uma depressão sem objecto, sem expressão afectiva ou psíquica, normalmente com um órgão ou sistema preferencial ou de eleição que é alvo da expressão do sofrimento psíquico não elaborado (o melancólico sabe que perdeu, mas não sabe o que perdeu; na depressão essencial, não há consciência da perda, não se sabe o que perdeu, e o corpo sofre por marcas de um passado doloroso desconhecido).

Complementarmente e paralelamente a este trabalho, a Escola Psicossomática de Chicago, com Nemiah & Sifneos (1970) é responsável pela introdução do conceito de *alexitimia*, na caracterização dos pacientes com tendências à desorganização somática, cujos traços salientes são: 1) dificuldade na identificação e descrição dos sentimentos, 2) dificuldades na distinção entre sentimentos, associada a uma tendência para a hiper-focalização nos componentes somáticos concomitantes da activação emocional, 3) diminuição da capacidade de imaginação e fantasia; e 4) um estilo cognitivo extremamente prático, hiper-orientado para a realidade e para o mundo exterior, definição similar ao conceito de *pensamento operativo* introduzido pela Escola Psicossomática de Paris. Ambas as escolas vão beber à experiência clínica para as suas conclusões, são as referências históricas, e marcam a viragem no pensamento psicanalítico sobre a psicossomática.

No sentido da caracterização do estilo relacional dos pacientes com tendência à expressão do sofrimento por via somática, Marty, M'Uzan, & David (1967), introduzem o termo “*relação branca*”, isto é, uma relação, que pode ser considerada como relativamente dependente, mas com um lado bastante funcional e superficial, no sentido de que o acesso à intimidade, à partilha com mutualidade, e à vida afectiva mais profunda, tende a estar sistematicamente empobrecido. Também McDougall (1989, p. 451-452) defende que os pacientes psicossomáticos têm uma tendência para serem extremamente dependentes do seu objecto de amor para “se sentirem vivos” e “tendiam a ficar doentes fisicamente quando se sentiam abandonados (...). Mas o seu amor é altamente permutável. A preocupação central é que alguém tem de estar lá.” Coimbra de Matos (2003) denomina este tipo de relação de objecto de relação *protopática*, no sentido da indiferenciação e inespecificidade relacional. Uma vinculação pobre e facilmente substituível. O objecto de amor tem assim muitas dificuldades *em sentir-se existir* na relação. Não há envolvimento genuíno, espelho de verdadeira diferenciação entre self-objecto. “*O psicossomático vive num impasse afectivo e relacional; apenas está (na verdade, sem estar) na relação*” (Coimbra de Matos, 2003, p.127).

A pobreza afectiva inerente à relação de objecto primária é tendencialmente repetida como estilo relacional preferencial. “Na patologia psicossomática, assistimos ao não investimento da realidade objectal. Não há desinvestimento porque nunca houve investimento. (...) O sujeito não foi investido como ser único e diferente de todos, (...) falhou a constância do sujeito no interior do seu objecto, aquilo que lhe daria identidade e rosto” (Coimbra de Matos, 2003, p.76). A instabilidade ou

falência na organização da *constância objectal* (Mahler, 1975) permitem antever um *traumatismo* numa fase muito precoce do desenvolvimento self (com comprometimento do processo de simbolização e do acesso pleno à capacidade de representação do objecto), em que a função de auto-regulação biológica ainda não se teria autonomizado da regulação dependente do objecto, típica da mutualidade inicial entre mãe e bebé com expoente máximo na vida uterina. A partir desta indiferenciação entre a auto-regulação, os afectos e o objecto interno, entende-se a ameaça permanente ao bem-estar físico, quando o psiquismo ainda não se diferenciou (Milch, 1998).

Nos pacientes psicossomáticos, é rara a presença de uma *angústia* psíquica organizada sendo mais típico predominarem os estados de tensão/excitação não elaborados psiquicamente, sem significação, descarregados no corpo (*acting in*) (e.g. McDouglas, 1989; Stisman, 1999). Kuchenhoff (citado por Pontes, 2004) defende que na organização psicossomática embora a tensão seja a principal fonte de expressão da vida pulsional, é possível discernir *temas principais* na angústia destes pacientes. Segundo Kuchenhoff (citado por Pontes, 2004), a sua natureza é predominantemente bipolar, com um pólo ligado à *angústia de separação* (denotando o lado anaclítico da relação de objecto) e outro pólo ainda mais primitivo de *angústia de morte ou de aniquilamento* (próximo dos receios psicóticos, mas conseguindo um encapsulamento moderado no corpo e na preocupação com a doença).

Está implicada uma clivagem da personalidade relativamente encapsulada, conseguindo-se uma boa adaptação (à superfície), muitas vezes à custa de um *falso self* muito rígido (Winnicott 1958, 2000), situando-se o paciente aquém quer da triangulação quer da relação primária suficientemente boa (Coimbra de Matos, 2003). A própria necessidade de erguer esta **muralha defensiva em falso self**, acaba por contribuir para *aumentar a dinâmica de alienação* em relação à própria vivência subjectiva, uma pobreza afectiva que se recapitula em cada relação (James, 1979). O corpo do paciente psicossomático acaba por servir de continente a si mesmo (Matos, 2005) tomando para si a função de *holding* do objecto primário. Sem objecto, sem confiança na relação, o psicossomático é um ser que vive da dor física no lugar da psíquica. Um sofrimento depressivo massivo, precoce e inexplorado psiquicamente.

A experiência clínica diz-nos contudo, que os pacientes psicossomáticos nem sempre se enquadram no modelo de “máquina pensante” (Coimbra de Matos, 2003), e é pertinente questionarmo-nos se realmente se pode falar, com exactidão, de uma estrutura de personalidade psicossomática pura, ou se o funcionamento psicossomático poderá ser melhor compreendido se o entendermos segundo uma perspectiva nuclear da personalidade.

Coimbra de Matos (2003) introduz algumas noções chave para compreensão da diversidade e divergências na concepção psicanalítica sobre a patologia psicossomática. Fala da *discrepância* entre as noções de *depressividade* e de *depressão falhada*, ambas capazes de predispor à expressão

psicossomática do sofrimento. Com a *depressividade*, Coimbra de Matos (2003) define um traço de personalidade que produz uma vivência depressiva mais ou menos mentalizada, mas cujo principal sintoma, é a tendência para o abatimento, a *idealização* dos objectos patogénicos, à custa de uma fragilidade narcísica importante, que culmina numa auto-estima dependente de critérios externos. É uma depressão por sentimento de perda de amor do objecto primário, que se enquistava e permanece por resolver, por exprimir, sendo corpo e os sintomas psicossomáticos, utilizados como defesas anti-depressivas, servindo funções de apoio à gestão da pulsionalidade nas relações de objecto. Para a organização deste traço de personalidade contribuem “(...) perdas afectivas cumulativas na primeira infância e limitação/proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo, ou seja, carência afectiva e repressão precoce” (Coimbra de Matos, 2003, p.33). Por outro lado, a noção de *depressão falhada*, aproxima-se mais do conceito de depressão essencial já descrito, em que a perda afectiva é muito precoce, antes da organização de uma representação interna do objecto estável, e consequentemente de acesso à posição depressiva descrita por Klein (citada por Segal, 1975). O trauma precoce relaciona-se muitas vezes com a desarmonia afectiva na díade, em que “A carência do afecto, não mentalizada ou elaborada psiquicamente, repercute-se no organismo biológico como hipotonia geral e perturbações da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária” (Coimbra de Matos, 2003, p.35). Com esta diferenciação Coimbra de Matos (2003) oferece uma proposta de compreensão da patologia psicossomática na sua diversidade de manifestações e de gravidade, salientando a maior gravidade da depressão falhada (ou essencial se quisermos) integrando os contributos da Escola Psicossomática de Paris, nomeadamente, explicitando o porquê de nem todas as manifestações de sofrimento através da via somática se fazerem acompanhar do típico pensamento operatório e pobreza fantasmática. Com a noção de depressividade, identifica o matizado intermédio (menos grave) no funcionamento psicossomático, e faz a ponte entre o *carácter psicossomático* e a normalidade. “Em nossa opinião sempre que o sofrimento psíquico não é suficientemente expresso a nível afectivo e ideativo – por emoções e pensamentos –, comunicado em palavras ou gestos e descarregado em actos, a saúde física periga e o caminho para a doença está aberto” (Coimbra de Matos, 2003, p.90).

Além disso, Coimbra de Matos (2003) enfatiza a importância do *recalcamento primário*, como estratégia defensiva passiva, dada a falência da estrutura psíquica necessária para a representação do acontecimento traumático. Nas palavras de Frank (citado por Coimbra de Matos, 2003) “*O irrecordável mas inesquecível*” da experiência traumática. Uma fissura que separa self corporal de self psíquico, dada a ausência de experiência de ressonância afectiva, reconhecimento, e sua expressão na relação (a *clivagem horizontal* como propõe Coimbra de Matos, 2003), da qual resulta o **inconsciente primário não recalcado**, constituído por desejos frustrados, angústias, medos, sustos, na sua componente visceral, sensações; a vida pulsional em bruto e desintegrada,

desligada das relações afectivas e da vida intra-psíquica. Um inconsciente encapsulado, diferente do inconsciente organizado através do recalçamento típico da resolução do conflito edipiano (Coimbra de Matos, 2003). Não há recalçamento do que não chegou *a ser representado* e/ou elaborado simbolicamente na relação com os objectos de amor. Tentando concretizar, podemos dar o exemplo, da criança que chora, porque tem sensações de fome, e está sozinha no berço. Ela depende do objecto para *mentalização* dessas necessidades (e para a satisfação das mesmas, claro) – o bebé não sabe que *tem fome*, ele sente desconforto, desprazer – e se a mãe não vêm, ou está ausente, fica a frustração sentida visceralmente, e o *vazio* da experiência de ser *reconhecido*, e *cuidado* atempadamente pelo objecto (experiência que se guarda preciosamente através da sua representação intra-psíquica, uma das fontes do narcisismo primário). O inconsciente primário *não recalçado* (Coimbra de Matos, 2003), é o “esquecimento”, o irrecordável da *carência ou vazio* da experiência, da representação e da sua expressão/ligação na relação com os objectos de amor. Demos o exemplo da fome, mas defendemos que este *processo* se aplica a todo o tipo de emoções (e.g. tristeza, raiva, medo), vivências, angústias, e ansiedades. É a função de *objectalização das pulsões* (Matos, 2007), das necessidades, no fundo de todas as vivências intra-psíquicas significativas, por parte dos objectos de amor.

Com esta concepção, consegue-se uma nova aproximação à concepção da patologia psicossomática, sendo que independentemente da gravidade do trauma, este *mecanismo estaria subjacente à expressão somática* do sofrimento (por falência da sua representação, ligação com a vida objectal e intra-psíquica), ligada quer à noção de *depressão essencial* (Escola Psicossomática de Paris), quer a um trauma intermédio (ou acumulação de microtraumas) menos patológico que pressupõe um sofrimento depressivo larvar não mentalizado (*depressividade*) (Coimbra de Matos, 2003), quer à própria *normalidade*, visto que todos os nós quando os recursos psíquicos são suplantados, e não se organiza o espaço na relação para a expressão do sofrimento/vivências intra-psíquicas, recorremos ao corpo como forma de gestão/*descarga* emocional alternativa, e transitória.

Complementarmente, McDougall (1989) concebe a organização de patologia psicossomática como uma das variadas formas de *acting*, defendendo a possibilidade do psiquismo humano recorrer ao corpo (em condições específicas) como forma de comunicação. Introduz a propósito da patologia psicossomática o conceito de *regressão psicofisiológica*, para explicitar o tipo de regressão inerente à organização de um sintoma psicossomático como reacção preferencial face a estados emocionais perturbadores, em que o indivíduo regride a um estado muito precoce de investimento libidinal do objecto, em que ainda se faz depender da relação de objecto a sobrevivência física, sendo que a organização de um sintoma psicossomático recapitula e concretiza esta possibilidade de ameaça à sobrevivência e bem-estar do indivíduo, que varia na sua intensidade e gravidade (McDougall, 1989).

As hipóteses de McDougall (1989) em relação à organização e manutenção da patologia psicossomática podem ser sistematizadas da seguinte forma: **1)** o sintoma psicossomático pode possuir uma função protectora do *self* face a pulsões e desejos arcaicos que são “intuídos” como ameaçadores da própria vida psíquica e física da pessoa; **2)** assim, em momentos de ameaça que recapitulam estes mesmos afectos primitivos, ocorre um bloqueio do acesso destes conteúdos à palavra e ao pensamento, tal como a criança faz devido à sua imaturidade e dificuldade na sua “digestão psíquica” sem o apoio do objecto; **3)** este processo pode resultar numa regressão psicofisiológica, em que o perigo acaba por ser vivido através do desequilíbrio das funções vitais ao organismo, que vive estes percursos de afectos sob a forma de acting ou descarga pulsional; **4)** além disso, o corpo tal como a mente também pode envolver-se e circunscrever-se a ciclos patológicos de compulsão à repetição, o que explica a persistência e reincidência na especificidade da escolha do órgão ou sistema que adoece, ou se desorganiza; **5)** os afectos activados não são elaborados simbolicamente (falência da capacidade de representação) (Matos, 2005), sendo directamente transmitidos pela mente ao corpo, de forma primitiva e não verbal; **6)** complementarmente, as doenças psicossomáticas acabam por ganhar secundariamente benefícios significativos, como a comunicação de sofrimento e a reafirmação dos próprios limites corporais, de um corpo que se defende do sub-investimento afectivo hiper-investindo-se, ao mesmo tempo que acaba por conseguir a libertação de alguma pulsionalidade agressiva, em que “o corpo atacado fisicamente é ao mesmo tempo uma forma de atacar o corpo da mãe internalizada (...)”(McDougall, 1989,p.29); **7)** em alguns casos, doença psicossomática pode também servir de prova de que o próprio corpo está vivo, investido, defendendo-se contra a angústia ou medo da morte interna, do desaparecimento psíquico e existencial, ligados a vivências depressivas profundas ou de perda, por integrar e simbolizar (McDougall, 1989).

Na tentativa de elucidar um dos mecanismos e/ou dinâmicas implicadas na organização de um fenómeno de *acting* (quer seja *acting in*, ou *out*), Zusman (1994) elabora o conceito de *opção sínica*, e relaciona-o com o desenvolvimento de patologias psicossomáticas. Sabendo que a capacidade de simbolização é um dos traços mais específicos da espécie humana, o autor afirma que o pensamento animal (em estreita conexão evolutiva com os humanos) é *sínico*, um sentir que prepara a acção, sem existir mentalização (Zusman, 1994). “O pensamento sínico é um pensamento do corpo, no corpo, que não ganhou transformação simbólica, e que se anuncia como acção motora, secretória ou visceral” (Zusman, 1994, p. 159).

Em contrapartida, o *símbolo*² define-se pela sua capacidade de representar o objecto na sua ausência (e.g. Zusman, 1994). O *signo*³ remete ao objecto a que se refere, enquanto que o símbolo

² No funcionamento simbólico existe *uma capacidade sintética* da realidade interna e externa, que tem sempre uma *base afectiva*, de *ligação*, e por isso com significado para a pessoa que o simboliza. Subjacente ao processo

remete para uma concepção do objecto. O signo denota, o símbolo conota” (Zusman, 1994, p.156). O signo pelo contrário, ao representar o objecto não dispensa a sua proximidade, sendo que “o pensamento pré-verbal é o pensamento sónico e a sua característica primordial é estar mais próximo da acção que o pensamento simbólico.” (Zusman, 1994, p.160).

Durante a sua evolução a criança passa por um período relativamente longo em que o funcionamento psíquico é predominantemente sónico, ou seja, todo o período que antecede a *capacidade representativa de objectos inanimados* (Piaget) – desde o nascimento até à abordagem do período “pré-operatório” – e dos primeiros *objectos de amor* (principais cuidadores) que culmina na organização da constância objectal na abordagem da fase final do processo de *separação-individuação* (Mahler, 1975) (que se prolonga por toda a vida, nunca estando completamente resolvido). Também a capacidade de estar só (Winnicott, 1958, 2000) de forma relativamente tranquila e confiante, por parte da criança pequena, na ausência dos seus objectos de amor, depende da possibilidade de transformação progressiva de vivências e sentimentos mais primitivos com forte componente sónica em símbolos, sendo o objecto transicional um facilitador deste processo evolutivo (Winnicott, 1958, 2000).

Assim, se um trauma ocorrer numa fase de vida da criança em que o funcionamento simbólico ainda não foi suficientemente consolidado, é plausível pensar que “a memória”, marca, trauma, fique guardada, reprimida, e que tome contornos **sónicos**. É o recalamento primário (Coimbra de Matos, 2003), defensivo e em função da sobrevivência do indivíduo, diferente do recalamento inerente à organização do pensamento simbólico. Um trauma *irrecordável, mas inesquecível*.

Na verdade, a possibilidade de *simbolização* das experiências traumáticas, não é uma realidade indiscutível, e depende de múltiplos factores, por exemplo, da maturidade psico-afectiva do indivíduo (Zusman, 1994), da fase de desenvolvimento que se atravessa, da força do ego no momento do trauma, da presença de um objecto de amor securizante capaz de conter e oferecer suporte à experiência, e também depende, em grande medida, da *qualidade e intensidade* da experiência traumática a ser vivida, processada, integrada (Zusman, 1994).

Neste sentido, todas as formas de *acting (in e out)* podem, hipoteticamente, ser concebidas como manifestações de uma forma de pensamento *sónico* encapsulado (Zusman, 1994). Aqui seria a tentativa inconsciente de re-viver formas de sentir primitivos, pré-verbais, de natureza corporal e

simbólico, está a organização de uma capacidade de estar só salutar (Winnicott, ???), em que a vida pulsional está ligada à relação real como o objecto amado e pode, na ausência do mesmo, ser sublimada (re-utilizada) e investida na organização e manutenção de uma representação de objecto estável e securizante.

³ Além disso, importa diferenciar o *signo* do que Hanna Segal denominou de *equação simbólica*, típica do processo psicótico de descompensação ou funcionamento psíquico, na medida em que o segundo perde na totalidade a sua qualidade representativa (Zusman, 1994).

sensorial, numa situação em que o perigo passado é revivido no presente – *re-enactement* – quer tenha um fundamento na *realidade* (e.g. angústia persecutória face a uma situação relativamente ameaçadora) ou *não* (e.g. quando a situação real é neutra, mas sentida, intuída como ameaçadora).

Assim, o *processo sónico* do pensamento pode esclarecer a *compulsão à repetição* dos eventos traumáticos (*actings* sucessivos) que se manifestaram em alturas em que o pensamento simbólico estava insuficientemente consolidado, ou em que a gravidade e intensidade da experiência não permitiu a sua simbolização imediata e no momento presente, dada a necessidade de sobrevivência. A síndrome de *stress pós-traumático* também ganha sentido à luz deste raciocínio.

Os pacientes que recorrem à via *psicossomática* como umas das formas de *expressão* do seu *sofrimento* (isto é, que tendem a processos de *acting in*), parecem presos ao reviver de um trauma **precoce**, que integra a *realidade* (tanto a tendência para a concretude do pensamento como a valorização do sentir do corpo no presente são muito marcadas), e que também depende de um *processo sónico* de pensamento, em que se re-experiencia este sentir primitivo associado a uma experiência traumática precoce, aquém da simbolização ⁴ (Zusman, 1994). Ainda assim, como refere Zusman (1994, p.160): “as manifestações sónicas e simbólicas não se excluem. Um mesmo paciente pode apresentar ambas em suas exteriorizações psicossomáticas. Mas quando os fenómenos se polarizam pode-se perceber que o histórico tende mais para a *belle indifference* que o paciente sónico, frequentemente mais angustiado, assustado com a morte a propósito dos seus sintomas”.

Neste sentido, pode então falar-se uma **complementaridade** entre o *pensamento sónico* que recorre à **acção** (*acting*) quer no *corpo (in)* quer no *contexto relacional (out)* e o *pensamento simbólico*, face a traumas que excedem a capacidade integrativa e adaptativa do indivíduo em questão, quer seja uma criança muito pequena, ou adolescentes e adultos submetidos a vivências traumáticas insuportáveis e dificilmente integráveis no momento de ocorrência do evento stressante.

⁴ Não é infrequente na literatura psicanalítica a ligação do carácter psicossomático com a tendência para organização de síndromes psicóticas reactivas durante o tratamento, sendo que este fenómeno torna-se mais claro, se notarmos a variabilidade do grau de organização da *capacidade de teste à realidade* neste pacientes. Quanto mais frágil esta capacidade se apresentar, mais difícil será para o paciente sustentar a diferenciação entre este seu *sentir primitivo experienciado a partir de uma via sónica de funcionamento psíquico* (e sem razão concebida conscientemente) e a *realidade* na actualidade.

A organização de um sentimento de confiança básica nos outros, e no psicoterapeuta específico que acompanha este reviver pode, em nossa opinião, contribuir como factor muito significativo para a contenção e evolução das possíveis síndromes reactivas de natureza psicótica. Além disso, também o desenvolvimento da capacidade de se “entristecer” face a estas vivências primitivas, pode funcionar como factor protector no seu re-viver ou re-enactement de natureza sónica, facilitando ou desencadeando um processo de luto e de depressão (física e psicológica) que permite e facilita o caminho para uma possível *simbolização* destas vivências traumáticas.

As patologias desencadeadas pelo processo s gnico estão associadas ao *acting in* de um sentir primitivo de *desistência da vida*⁵ (Zusman, 1994). É a **opção s gnica** de Zusman (1994), aplicada a um processo auto-destrutivo (variável na sua intensidade e consequências para o corpo) aquém da elaboração simbólica e consciente (similar aos fen menos de para-suicídio em algumas crianças e adolescentes). “No nível s gnico o desejo de morrer é o início de acção que encaminha o processo da morte por uma qualquer forma de adoecimento, mediante perturbações fisiológicas mais ou menos eficientes que afectam os processos homeostáticos ou pela morte súbita. As doenças auto-imunes, por exemplo, são manifestações efectivas de um processo s gnico auto-destrutivo. Sua instrumentação fisiológica é o sistema imunitário.” (Zusman, 1994, p.160). O dualismo cartesiano perde o seu sentido (e.g. Zusman, 1994), nesta concepção que encara o ser humano como bio-psico-social, em que todas as dimensões são verdadeiramente influentes e inter-dependentes.

Complementarmente, na compreensão das patologias psicossomáticas, Sami Ali (1999) desenvolve a noção de *super-ego corporal* (que castiga e pune o corpo, tal como o super-ego faria através da moral e do sentimento de culpa) que assume uma relevância especial na compreensão do funcionamento psicossomático. Aqui o que   norma social, cultural e familiar é incorporado acriticamente (por receio da perda do objecto e do seu amor), abafando a individualidade, forçando um estereotipar do carácter, com colagem às regras aprendidas com receio da perda do amor do objecto. “O ser confunde-se com o dever ser...” (Sami Ali, p. 32). “Narcisismo, indiferenciação, ser,

⁵ Apesar de tudo, a consciência deste fen meno alerta-nos para uma perspectiva de *evolução positiva a partir do sofrimento e fomenta a esperança*, visto que num processo psicoterapêutico,   plausível presumir que um processo de transformação de s gnico em simbólico se recapitule. Como refere Zusman (1994, p.163): “O fen meno empático, (...),   uma manifestação de ordem muito mais s gnica do que simbólica, faz parte da área do pr -verbal (...)”. Toda a comunicação humana comporta uma componente verbal (simbólica), e uma componente s gnica (a prosódia, a melodia da voz, a linguagem corporal)⁵.

Num trabalho terapêutico em que se procura alcançar, de forma mais ou menos profunda, as estruturas do psiquismo, e se pretende a evolução das relações de objecto internalizadas (geradoras de sofrimento), acaba-se consequentemente, por facilitar e promover o contacto e fluidez entre os fen menos inconscientes e conscientes, facilitando e amplificando as ligações entre ambos. Neste sentido, “o conceito de *reverie* de Bion (1967) define um aspecto da *transformação s gnico/simbólico* que se cumpre na relação mãe-beb , quando a linguagem que comunica essa dupla   de natureza s gnica” (Zusman, 1994, p.163), e que se recupera no processo psicoterapêutico.

Os grupos de ajuda, para pacientes que vivem traumas semelhantes, intuem a importância desta partilha facilitadora da simbolização colectiva e individual dos traumas em questão, visto que a possibilidade destes indivíduos se sentirem genuinamente compreendidos,   por si própria terapêutica.

Por fim, recordamos a importância do psicodrama (enquanto terapia da *acção*) t b m parece partir consciente ou inconscientemente do pressuposto de que a *acção dos conflitos através da representação* (muitas vezes intuitiva, sem recordação consciente completa) pode facilitar o processo de luto, desinvestimento no passado traumático, e o re-investimento na realidade presente.

dever ser, ideal do eu, super-eu, super-eu corporal, são aspectos que ajudam a caracterizar a vulnerabilidade psicossomática. (...)” (Stisman, 1999, p. 322). Curiosamente, a doença somática acaba por ser uma forma de *desamparo socialmente aceitável*, o que acaba por fundamentar a noção de “*superego corporal*”, na medida em que se reúne a acomodação com as normas sociais com um tipo de sofrimento que permite a vivência de dependência e abatimento recusadas na relação de objecto típica do funcionamento psicossomático.

Contrariamente à grande maioria da literatura psicanalítica (particularmente à Escola Psicossomática de Paris e Chicago) sobre o funcionamento psicossomático, Sami-Ali (1999) opõe-se à noção de *carência de vida fantasmática* por inorganização da vida psíquica nestes pacientes, salientando o papel da estrutura psicossomática enquanto organização defensiva, face a afectos imaturos, de natureza primitiva, mas extremamente ricos e presentes caso a carapaça defensiva se deixe perfurar. Afirma que o ponto nodal da organização da patologia psicossomática é um tipo diferente de recalçamento, de natureza patológica e defensiva, o *recalçamento da função do imaginário* numa tentativa de contenção e desmembramento da vida pulsional, recusada psiquicamente, porque desorganizada, incoerente, por metabolizar. Não será tanto uma questão de “deficiência” da vida fantasmática quando se fala do pensamento operatório descrito pela Escola Psicossomática de Paris, mas sim uma defesa severa e rígida contra a mesma, dada a sua natureza rica, mas violenta, assustadora, primitiva, e geradora de angústias arcaicas (psicóticas muitas vezes) pouco elaboradas e simbolizadas (Vidigal, 2004).

Neste sentido, também Coimbra de Matos (2003) se distancia da concepção da Escola Psicossomática de Paris, defendendo que o vazio fantasmático e representacional se restringe à zona da falha, da *clivagem somato-psíquica* (que poderá ter maior ou menor extensão, resultando na maior ou menor pobreza simbólica do pensamento), uma “área branca no espírito” (Coimbra de Matos, 2003) que serve de combustível de cada vez que o desejo (alimentado pela vida pulsional) se transforma em tensão descarregada em *acting in*, por desligamento da respectiva representação. Uma *clivagem patológica da personalidade que permite a evolução (fragilizada) ao longo do desenvolvimento psico-afectivo*, em que uma parte extremamente infantil e primitiva do self (a *criança* por cuidar e amar empaticamente) acaba por ser vivida exclusivamente à custa de uma relação com o corpo, como se *grande parte do funcionamento primário do pensamento passasse a ser expresso na relação com o corpo*, sem aceder à consciência. Assim, com este esforço de gestão através do corpo da parte mais primitiva da personalidade (o sonho, a fantasia, no fundo, a parte infantil da personalidade que é defensivamente “congelada”) consegue-se à custa da perda da autenticidade do self e do sentimento de identidade psíquica e física, uma hiper-adaptação à realidade patogénica, através da organização de um funcionamento em falso self defensivo, alexitímico e operatório.

Com os sintomas somáticos, o paciente psicossomático parece fazer uma escolha. Destrói-se para preservar a relação de objecto, e proteger o objecto da vida pulsional, sentida como ameaçadora e incontrolável. Além disso, como refere McDougall (1989) “Apercebi-me da necessidade inconsciente, num número significativo de pacientes, de preservar estas patologias, não só como forma de re-assegurar os próprios limites corporais mas também como prova da sua sobrevivência psíquica” (McDougall, 1989,p.21)

Uma retirada que lembra o salto do autista para dentro de si, sendo que a diferença parece-nos ser que a retirada afectiva do psicossomático, se faz ao serviço da manutenção e protecção da relação de objecto e dos próprios objectos quer reais quer internos. Kutter (2001) defende que esta retirada relacional paradoxal (ter uma relação sem estar em relação) é o principal organizador patognomónico do sintoma psicossomático, que resulta numa sobrecarga do investimento pulsional na representação do corpo, descarregada em acting. O sensorial e o corpo, sujeitos a um hiper-investimento libidinal e agressiva. Mas a retirada é sempre bidireccional, interaccional, relacional. Na relação primária houve falta de objecto disponível e contentor da vida pulsional do bebé. É a falência da função de objectualização das pulsões (agressivas e libidinais) por parte do objecto primário (Matos, 2005), o que contribui para a desconexão da vida pulsional e para a pobreza relacional e psíquica repetitiva e patogénica para o self e para os outros.

O psicossomático deforma o *self* hiper-adaptando-se a uma realidade em que nos parece que a própria questão da confiança básica no objecto é questionada. Há contudo o desejo (ligada à sobrevivência física e psíquica) de preservar a relação, um tipo de dependência na sua componente mais física, concreta, sensorial. Está inerente um problema de individuação, na medida em que dificilmente há o espaço, a distância, a ausência que é pensamento e representação. No psicossomático é “o nada”, a ressonância do corpo. Não existindo espaço para a autonomia, temos o esforço de hiper-adaptação. Mas tudo tem um custo e “o corpo é que paga” como diz António Variações. O corpo permanece autêntico, e não deixa o *self* esquecer o sofrimento.

3. A Psicossomática na Criança

3.1. Teoria Psicodinâmica: dimensões específicas na compreensão da psicossomática da criança

3.1.1. A Relação primária

Sperling (1955) defende que o padrão psicossomático de resposta resulta de um tipo específico de conflito entre os impulsos libidinais e agressivos, revelando por isso, dificuldades na gestão da ambivalência, e estando relacionado com um padrão também específico de *interacção na relação mãe-filho*. “(...) A criança muito pequena possui apenas um psiquismo embrionário, é automaticamente uma psicossomática, dada a sua incapacidade evidente de integrar psicologicamente os estados de tensão a que pode ser sujeita. (...) A insuficiência psíquica do bebé é compensada pela intuição da mãe. A unidade psicossomática compreende a mãe, depositária de funções ainda não adquiridas pela criança quer sejam psicológicas ou somáticas” (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981, p. 33). A mãe serve de sistema de pára-excitações à criança na sua relação consigo própria e com o mundo exterior, permitindo a aquisição de um sentimento de segurança e confiança básica, que contribui para a internalização de um amor primário suficientemente securizante. Este lado afectivo, contentor, e de envolvimento simbiótico primitivo complementa, o lado da relação mãe-bebé que implica os cuidados funcionais e socialmente aceites, sendo que na patologia psicossomática, esta competência materna, muitas vezes, encontra-se sub-desenvolvida (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981).

A compensação auto-erótica é uma das respostas mais frequentes na criança sujeita a uma carência parcial deste tipo, o que resulta numa hiper-sensibilidade à excitação de certas zonas do corpo, que através da sua estimulação por parte da criança, conseguem ver-se satisfeitas, fora da relação de objecto, através de um comportamento auto-erótico compensatório (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981). É importante referir contudo, que o desenvolvimento de mecanismos auto-eróticos compensatórios também pode ser extremamente adaptativo quer na patologia da criança ou na sua ausência (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981). Na patologia, o componente patogénico da auto-estimulação relaciona-se com uma estratégia de retirada relacional paradoxal (estar em relação sem se relacionar), constituindo muitas vezes uma defesa anti-depressiva, que em vez de estar ao serviço da relação, acaba por *substituir* o objecto de forma defensiva na satisfação dessa necessidade.

A mãe da criança psicossomática acaba inconscientemente por reforçar a dependência da criança, por lhe ser mais simples (dadas as vicissitudes da sua própria história de vida) ser afectuosa, disponível, atenciosa, quando esta adoece (Sperling, 1955). A criança com medo da perda do amor do objecto (e do próprio objecto) submete-se de forma mais ou menos inconsciente a esta necessidade materna de cuidar, de se sentir útil e indispensável para alguém (frequentemente camuflando a sua própria tristeza). A criança acaba por inconscientemente receber a mensagem de que consegue mais afecto, e uma melhor qualidade na relação com o objecto primário através do

adoecer ou da desorganização somática (adoecer depressivo), em comparação com o estado de saúde em que está mais independente e autónoma da mãe⁶ (Sperling, 1955).

A prática clínica demonstra a importância de não negligenciar o *valor protector* do sintoma organizado no contexto da família de uma criança com patologia psicossomática, visto que não é invulgar que, com a melhoria do paciente identificado (o que foi escolhido inconscientemente para manifestar o sofrimento do sistema familiar, além do seu próprio sofrimento), se verifique que outro elemento do sistema começar a deprimir ou também ele próprio a adoecer, ou pelo contrário, que uma atitude de sabotagem inconsciente se desenvolva (caso os pais se sintam excluídos do processo), algo que é dever do psicólogo assegurar na sua importante relação com a família da criança no trabalho psicoterapêutico (Meissner, 1977). É uma forma de protecção de uma fragilidade emocional pressentida por parte da criança em relação à mãe (quase ocupando/substituindo-se à mesma nessa posição, e oferecendo a oportunidade à mãe de cuidar e se sentir maternal, útil e cuidadora na relação com o filho), organizando-se uma situação (a de estar doente e precisar dos cuidados maternos) em que as demonstrações de afecto e cuidados são socialmente esperadas, e facilmente conseguidas. Um afecto que a criança sente que precisa. No fundo, o sintoma também responde a este *sentimento de carência afectiva*, em que “estar doente, significa estabelecer ou re-estabelecer as condições para a satisfação imediata dessas necessidades, enquanto ao mesmo tempo as pulsões destrutivas conseguem uma forma de se libertarem através dos sintomas corporais sem acederem à consciência” (Sperling, 1955, p. 322). Na diversidade da patologia psicossomática, este é um padrão relativamente constante, apesar das variações em termos da gravidade e intensidade da problemática (Sperling, 1955).

Complementarmente, McDougall (1974, p.447) defende que “...existem dois traços predominantes na relação mãe-bebé que tende a criar uma predisposição para a patologia psicossomática. O primeiro é normalmente uma proibição das tentativas do bebé em desenvolver *substitutos* auto-eróticos da relação materna, iniciando-se assim, o ponto nodal para a criação de uma representação do objecto e os elementos nascentes da fantasia e imaginação. O segundo traço é a antítese disto, nomeadamente, um comportamento contínuo de oferta da mãe como *único objecto de satisfação* e de viabilidade psíquica.” A autora faz uma distinção muito relevante em relação aos cuidados maternos proporcionados, entre a mãe *satisfatória*, ou a *mãe suficientemente boa* de Winnicott (1958, 2000) e a mãe “calmante”, sendo que neste caso, a própria mãe por vicissitudes ao nível do seu próprio desenvolvimento e história de vida tem mais dificuldade em permitir à criança organizar a sua capacidade de auto-controlo e de contenção da sua própria angústia. A mãe “suficientemente boa”

⁶ Não é infrequente a presença de uma *rejeição activa* por parte da mãe *do estado de doença* da criança quando aferida conscientemente, contudo depois da recuperação da criança, acaba por ser a própria mãe que começa a *evidenciar sinais de sofrimento psicológico e/ou físico*, que a criança de alguma forma conseguia intuir, o que elucida a natureza inter-relacional do sintoma psicossomático.

descrita por Winnicott, dá espaço à criança para errar, e até para se magoar sustentando a exploração do mundo, entendendo a sua posição de espectadora (interveniente apenas se necessário) atenta e disponível na vida do seu filho, orgulhando-se genuinamente da sua autonomia, e reforçando as suas capacidades de auto-tranquilização e independência.

A integração da vida psíquica e a edificação da representação mental conseguem-se a partir das “ausências que são presenças”, que são pensamento, isto é, que é representação do objecto ausente fisicamente, mas tão marcante na vida afectiva que se torna presente na vida psíquica apesar da ausência. A organização da capacidade de estar só (Winnicott, 1958, 2000) depende desta aquisição que parece empobrecida na criança com tendência de expressão do sofrimento por via somática, sendo que a ausência do objecto de amor é sentida como corte, deixando vazios sucessivos, em que a substituição do objecto pode ser uma estratégia importante no preenchimento do vazio emocional.

Na relação simbiótica mãe-bebé é típica uma unidade self-objecto em que a mãe e a criança servem uma função regulatória mútua (Wolf, citado por Taylor, 1992). A mãe desenvolve e aperfeiçoa a sua capacidade de reconhecimento dos percursos afectivos atempadamente, isto é, sem que a criança se sinta dominada por esses afectos por integrar e diferenciar. Esta capacidade empática da mãe é indispensável neste processo, dado que a criança por si mesma não possui essa capacidade (Krystal, 1978). “A responsividade do objecto constitui um primeiro diálogo: a “linguagem” da criança essencialmente sensorial, emocional, tónico-postural em que o corpo, ainda sem organização psíquica de conjunto, é utilizado para exprimir a vida psíquica rudimentar em devir, (...) A mãe serve ser o primeiro objecto pensante da criança. Se não houver responsividade empática e afectiva do objecto que garanta o diálogo sintónico, os elementos sensoriais, emocionais e tónico-posturais podem ficar desligados entre si, e constituir-se como elementos estranhos que não acedem à condição pensante” (Matos, 2005, p.188).

Esta capacidade transformadora da relação mãe-bebé exerce uma função vital na vida afectiva da criança, particularmente, em dois aspectos da sua personalidade: 1) a capacidade de diferenciação e integração dos afectos no sentido da sua progressiva “des-somatização” e simbolização, possibilitando o acesso à expressão verbal (Krystal, 1978); 2) “a continuação da relação simbiótica sem uma disrupção traumática promove a atribuição das competências de autocuidado e funções afectivas à representação do próprio self” (Krystal, 1978, p. 243).

O processo de internalização, e da maturação da capacidade auto-regulatória (biológica e afectiva), é facilitado pela utilização do objecto transicional (Winnicott, 1958, 2000), um apoio concreto para a organização da constância objectal (Mahler, 1975). Contudo, inicialmente os objectos substitutivos antes de fazerem a transição entre fantasia e realidade, proximidade e distância, físico e psiquismo simbólico, funcionam como geradores de sensações e que relembram o contacto inicial e simbiótico com a mãe (Gaddini, citado por Taylor, 1992). Estas experiências

sensoriais poderão funcionar como organizadores mais primitivos dos percursos afectivos numa fase de desenvolvimento em que a função simbólica e a capacidade de representação estão em devir. Apesar desta dependência extrema da função regulatória do equilíbrio psico-fisiológico da criança ser progressivamente internalizada e por isso, menos dependente do objecto, este processo permanece incompleto ao longo da vida (Taylor, 1992). Se um trauma ocorrer nesta fase, ou pelo contrário uma acumulação de micro-traumas que excedem a capacidade adaptativa do bebé, é plausível presumir uma fixação ou marca regressiva se organize, predispondo a criança a um funcionamento em que o domínio sensorial é hiper-investido, a expressão da vida pulsional e do sofrimento é preferencialmente somática, e a regulação psicofisiológica depende excessivamente do objecto relacional.

Inerente à complexidade psicológica, emergente ao longo do desenvolvimento da criança, está subjacente a todo o funcionamento fisiológico que lhe serve de sustentação, sendo que o caminho passa pela indiferenciação somato-psíquica total até uma progressiva diferenciação com organização de um psiquismo relativamente individualizado (Kreisl, Fain, & Soulé, 1981). A díade mãe-bebé é o principal suporte desta diferenciação, sendo que um aspecto muito relevante na compreensão do ajuste na relação mãe-criança, é a consciência da diferença das estruturas psíquicas de ambos os elementos da díade, e a importância da capacidade regressiva e de simbolização da mãe facilitando o encontro afectivo e comunicação sanígena na relação primária. Se este encontro fracassa, então “o bebé, por falência do continente materno (aparelho psíquico da mãe), não desenvolve a capacidade de introjeção (leitura dos próprios afectos e interacções), abortando o seu desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico. A capacidade de reconhecimento do outro, do diferente e estranho, fica, ela também, embotada” (Coimbra de Matos, 2003).

Golse (2007) fala da importância da sintonia afectiva e da *transmodalidade* na relação mãe-bebé, enfatizando a capacidade do bebé para transferir as aprendizagens realizadas segundo uma modalidade sensorial para outra, sendo através desta capacidade que o bebé desenvolve e aperfeiçoa, na relação com a mãe, as representações de interacções generalizadas (Stern, citado por Golse, 2007). A mãe na relação com o seu bebé poderá dar respostas predominantemente unimodais, ou transmodais, isto é introduzindo ou não outras modalidades sensoriais, na interacção iniciada com a criança. Esta capacidade específica da díade mãe-bebé, prepara a criança para a integração da sensorialidade, e para a consciência da distinção progressiva entre “self – sensação interna/externa – ambiente envolvente – eu/não-eu; uma aquisição fundamental que sustenta a organização das representações, tanto de objectos inanimados, como dos objectos de amor.

Golse (2007, p.67-68) defende a presença de 3 níveis possíveis na caracterização da ligação mãe-bebé, que se interpenetram e influenciam mutuamente: o primeiro, o estabelecimento da vinculação, que remete para a questão dos “invólucros e de uma “pele comum” à mãe e a filho”; o

segundo, os “laços primitivos binários e diádicos em que a sintonia afectiva seria o mecanismo central da constituição das interacções afectivas e fantasmáticas”; e o terceiro nível, o da relação propriamente dita, na sua componente estrutural e estruturante, base da interiorização do objecto e da relação de objecto, predominantemente inconsciente, onde a pedra de toque é a passagem do psiquismo edificado com base no funcionamento dual para um psiquismo baseado no funcionamento triangular. Bowlby (citado por Golse, 2007) defende a possibilidade de organização de uma vinculação negativa, em que *a vinculação se aliará às pulsões de auto-destruição* em vez de às pulsões de auto-conservação, o que me parece relevante para a compreensão do funcionamento psicossomático na criança e no adulto. A frustração precoce (típica da depressão essencial ou falhada já descritas) numa fase em que ainda se *define o significado da experiência de amar, de se vincular*, e que acaba por ter um impacto importante na estruturação da relação de objecto interna típica do funcionamento psicossomático.

Complementarmente, na caracterização da *perspectiva do bebé* na relação primária, Golse (2007) defende que existem 3 grandes dimensões a considerar neste encontro relacional entre mãe-filho. A *primeira* relaciona-se com o *conflito estético* proposto por Meltzer (citado por Golse, 2007), ou seja, o *deslumbramento* estruturador da capacidade de tirar prazer, primeiro com os objectos de amor, e posteriormente com o mundo (tendo os cuidadores como principais facilitadores deste processo). Este deslumbramento é o protótipo de todas as emoções estéticas. Este conflito é crucial na passagem do nível relacional em que predomina a *vinculação* para o nível relacional que implica *uma evolução para a intersubjectividade*, na primeira “joga-se à superfície do objecto, enquanto a segunda implica o interior do objecto, e esta diferença é evidentemente, crucial quanto ao processo de acesso à *intersubjectividade* e instauração da subjectivação daí decorrente” (Golse, 2007, p.98). A criança psicossomática não descobriu a beleza e a paixão pela vida no olhar e interioridade maternos. E é esta interioridade que a criança aprende e encontra. Temos então uma criança, triste sem saber porquê, e sem capacidade para reconhecer que está triste. Uma tristeza que não consegue ser pensada, nem pela mãe nem pela criança, e que substitui o olhar apaixonado e deslumbrado pelo mundo. Uma tristeza que os liga (mãe e filho), os vincula e os faz sofrer somaticamente.

A *segunda* dimensão relaciona-se com a importância do *equilíbrio entre o semelhante e o não semelhante*, o previsível e o imprevisível, a capacidade de organização de expectativas seguras e a introdução da criatividade e da novidade na relação mãe-bebé potenciadora de um bom desenvolvimento psico-afectivo, visto que se “a mãe é demasiado diferente do que é habitual, a distância é intolerável para o bebé” (Golse, 2007, p.99).

Por fim, a *terceira* dimensão é a construção do lugar/espço do *terceiro* que será o protótipo do lugar ocupado pela figura paterna no acesso à triangulação. A organização deste espaço passa pela capacidade da mãe para construir, no seu mundo afectivo, o lugar “do *outro* objecto de amor”

(Golse, 2007), o lugar do *homem amado que também é pai* (aquisição fundamental e benéfica para o desenvolvimento psico-afectivo do bebé), e, conseqüentemente pela sua capacidade de *manutenção* de um estilo relacional maduro, genitalizado (reclamando a sua identidade enquanto *mulher* na relação com o companheiro, e não se “*esgotando*” no *papel de mãe*), apesar da exigência regressiva nos cuidados com o filho. A falência na construção deste espaço/lugar para o “terceiro”, para o desconhecido, para o “nem-eu-nem-ela” (protótipo da organização da *angústia ao estranho* no bebé) contribui para falências na diferenciação do self em relação à mãe (é a relação predominantemente simbiótica, sem espaço para a diferença, e para a individuação dos elementos da díade mãe-filho). “Assim, quando a mãe está cansada, ansiosa ou deprimida, por exemplo, o bebé vai verificar que o seu estilo interactivo é diferente do habitual. *O desconhecido reside então na própria mãe*, e estamos portanto na presença, parece-nos, do germe de triangulações precoces, nalguns casos patológicos.” (o itálico é nosso) (Golse, 2007, p.167).

A capacidade do bebé se deprimir e vivenciar o sofrimento através da acção, da representação e do pensamento implica o acesso à intersubjectividade. Na patologia psicossomática o papel das carências qualitativas na relação mãe-bebé tem sido sistematicamente evidenciado, em que o objecto primário esta presente e assegura os cuidados funcionais, mas não se envolve psíquica e afectivamente com a criança, fracassando a experiência de holding materno que fica insuficientemente interiorizada. Está em questão uma *perturbação* da organização da intersubjectividade, que “remete para o processo de diferenciação extra-psíquica que permite a cada indivíduo viver-se como separado do outro, ao mesmo tempo que se sente o outro como um indivíduo capaz de viver como um sujeito distinto.” (Golse, 2007, p.203). É a já mencionada *relação branca*, o “estar na relação sem se relacionar”.

A organização do pensamento simbólico é um componente fulcral do sistema de *para-excitação egóico*, um aparelho de pensar pensamentos (Bion, citado por Mazet, & Houzel, 1994) que lhe é emprestado pelo objecto de amor primário e que é progressivamente interiorizado pela criança (Golse, 2007). É também uma forma de assegurar a continuidade do *sentimento de existir* (Golse, 2007), uma ressonância psíquica preenchedora, e que parece estar insuficientemente organizada nas crianças com tendência à expressão somática do sofrimento e da vida pulsional.

Complementarmente, importa referir que “a criança em virtude da sua neurofisiologia, está em contacto directo com o inconsciente da sua mãe” (Kreiser, Fain, & Soulé, 1981, p.28), e isso que ele guarda como principal organizador da sua personalidade em devir, num processo interaccional, a partir da relação mãe-filho única e irrepitível, que culmina na constituição e organização do seu próprio funcionamento psíquico inconsciente. Um inconsciente partilhado, porque toda a vida psíquica mesmo a mais precoce implica uma relação, partilha, ligação. “A vivência é totalmente diferente se a mãe tiver de controlar as suas sensações, reprimi-las, inibi-las e, por conseguinte, frustrar

seriamente o seu bebé, mesmo quando tenta compensar essa carência fundamental mediante uma superabundância de cuidados nos domínios conscientes que a tranquilizem (...). Também se compreende o valor gravemente desorganizador que os sinais contraditórios adquirem. A inconsistência dos sinais maternos, ou a sua incoerência, é uma das causas de transmissão de desordens à criança” (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981, p.28).

O lado inconsciente da relação mãe-bebé é o que pela sua natureza mais foge ao controlo da mãe. Spitz (citado por Kreislner, Fain, & Soulé, 1981) defende que o período de gravidez oferece o tempo e as condições para a mãe desenvolver a sua capacidade regressiva, relacionada com a consciência dos aspectos mais primitivos e primordiais na relação com o seu filho. É a “preocupação primária” materna descrita por Winnicott (1958, 2000), que implica um processo de sucessivas identificações regressivas que colocam o adulto em contacto ou em ligação com as suas próprias partes infantis, lhe permitem entrar em relação emocional profunda com o bebé (Golse, 2007). Este lado maioritariamente inconsciente, sensorial, cinestésico organiza grande parte do que a criança compreende na relação com o objecto primário.

Neste lado inconsciente, está a história da mulher que um dia foi criança e que agora se torna mãe, com todos os dissabores e alegrias implicados. Na patologia psicossomática, a importância da comunicação inconsciente na relação mãe-criança, e da maior ou menor capacidade de integração, quer do lado afectuoso, quer do lado agressivo na relação com a criança, sem o esvaziar defensivo do seu conteúdo afectivo e primitivo (muitas vezes super-compensando nos cuidados funcionais assegurados) também é bastante significativa.

Na grande maioria da literatura clínica, a mãe é julgada injustamente por algo que muitas vezes são marcas do seu próprio sofrimento, e que em grande medida fogem completamente ao seu controlo consciente (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981). As *diferenças individuais dos objectos de amor da criança*, em relação à sua capacidade empática e de envolvimento em afectos que requerem o contacto com um lado extremamente *primitivo da personalidade*, têm um impacto muito significativo na relação com as crianças (e na estruturação da sua identidade e personalidade). Contudo, tendo como meta a saúde e bem-estar psicológico de todos, é grave o erro dos técnicos de saúde mental que punem ou culpabilizam as famílias (todos temos história, fragilidades, e recursos) que muitas vezes, apelam pelo seu auxílio, de forma extraordinariamente espontânea.

Outra tarefa fundamental da mãe enquanto objecto de amor primário é “investir libidinalmente o corpo do seu filho na sua totalidade” (Kreislner, Fain, & Soulé, 1981, p.420). Um investimento fundamental e que é sustentáculo da auto-estima na sua componente mais primitiva. Na ausência desse investimento, a criança tentará com todos os recursos que possui compensá-la, tentando através das mais diversas formas de auto-erotismo, “auto-investir” o seu próprio corpo. Contudo, este funcionamento onipotente (que requer um gasto de energia excessivo), acaba por

forçar a criança, a um funcionamento defensivo mais fechado à relação, e que acaba indirectamente por perpetuar a carência original, diminuindo a probabilidade de a criança encontrar essa satisfação entre outras relações afectivas alternativas (Kreiser, Fain, & Soulé, 1981).

Na história de vida de pacientes psicossomáticos, muitas vezes, encontram-se referências de uma necessidade da criança se auto-proteger a partir de vários mecanismos face à estimulação excessiva ou empobrecida na relação com os cuidadores primários, marcada por uma dificuldade de leitura dos sinais e significados das intenções e afectos das crianças (capacidade empática), que resulta numa acumulação afectos relacionados com a frustração e agressividade que dificilmente tem o espaço para serem expressos ou pensados, na relação real com a família e no espaço psíquico que os seus elementos dispõem à criança (McDougall, 1989).

Segundo Bowen (citado por Meissner, 1977), no sistema familiar psicossomático, o corpo de um dos elementos da família é concebido inconscientemente como estando em ligação recíproca com o psiquismo de outro elemento familiar, sendo que “a disfunção psicossomática torna-se um dos mecanismos a que recorrem as personalidades menos maduras na tentativa de controlar a intensidade emocional inerente à proximidade excessiva (simbiótica)” (Meissner, 1977, p.109). A organização do sintoma psicossomático acaba por contribuir “para a coesão familiar, apesar de se basearem no mitigar da expressão dos afectos particularmente os negativos (...). Parece existir um nível afectivo de interacção que está subjacente a um mito familiar de que a sobrevivência psicológica da família requer a repressão dos impulsos agressivos (Meissner, 1977, p.108).

Por fim, no sentido de compreender o porquê desta hiper-adaptação por parte da criança a um estilo relacional que induz sofrimento psíquico e físico, é fundamental salientar *a importância vital da presença da mãe*, dos seus cuidados funcionais e afectivos, que tem reflexo no grau do esforço que estas crianças demonstram, à custa de deformações patológicas do seu desenvolvimento psico-afectivo, para não correrem risco de a perder. Perder a mãe é arriscar a vida, uma ameaça à sobrevivência, sendo que no funcionamento psicossomático parece patente a consciência dessa realidade, agindo-se no corpo esta mesma ameaça à sobrevivência (casos mais graves) ou ao bem-estar bio-psico-social (casos menos graves), preservando, à custa disso, a relação indispensável com o objecto primário (McDougall, 1989).

3.1.2. A construção do sentimento de continuidade do self e a patologia psicossomática

Partindo da metáfora da “fortaleza vazia” utilizada por Bruno Bettelheim para caracterizar o autismo, podemos defender que na representação da patologia psicossomática existem “quartos vazios” na fortaleza. Segundo Rosenfeld (citado por Vidigal, 2004), no funcionamento psicossomático e na patologia do acting toxicodependente estão envolvidos **núcleos autísticos encapsulados**, ou o que Vidigal (2004) denominou de *bolsas autísticas* matizando uma estrutura da

personalidade pré-depressiva, em que se verifica uma regressão parcial (pois não desorganiza todo o funcionamento psíquico) e encapsulada, à qual está inerente um tipo de relação predominantemente sensorial com o mundo.

Segundo Rosenfeld (citado por Vidigal, 2004), os pacientes psicossomáticos utilizariam o sofrimento físico de forma a gerar “sensações corporais autísticas” geradas *no* e *pelo* seu próprio corpo (excluindo o objecto desta função), recreando a ilusão “de um corpo para dois” (McDougall, 1989), fantasma simbiótico vivido no corpo, e evitando angústias de morte e de despersonalização ligadas a uma consciência precoce e traumática da separação entre self e objecto. A perda do sentimento de existir psiquicamente, acaba por ser o custo inerente à fixação a este fantasma patológico, em que a sensação do corpo em sofrimento *substitui*, de alguma forma, uma *sensação de existência e continuidade identitária*. Encontra-se uma dinâmica semelhante em alguns casos de compulsão para a passagem ao acto sexual e comportamentos de auto-mutilação, em que são as sensações corporais mais primitivas permitem “mergulhar na sensorialidade e sensualidade autistas, para ter o sentimento de existir, e deste modo colmatar a angústia de morte (...)” (Vidigal, 2004, p.51)

Os pacientes psicossomáticos possuem “uma parte do seu funcionamento a viver num mundo bi-dimensional, utilizando a identificação adesiva como modalidade de defesa, através da qual procuram colar-se à superfície do objecto, numa identificação profunda e sem limites, numa confusão self/objecto, do qual não se percebe a profundidade (...) Há um hiper-investimento deste objecto, (...) ao contrário do que acontece no processo autístico” (Vidigal, 2004, p.53).

Este funcionamento lembra o que Ogden (1989) denominou de *posição autística-contígua*⁷ [estádio normal no desenvolvimento psico-afectivo, anterior à posição esquizo-paranóide e à posição depressiva descritas por Melanie Klein, citada por Segal (1975)], em que o domínio da

⁷ A angústia típica desta posição extremamente primitiva do desenvolvimento, é a angústia de desintegração, ou desmantelamento que se traduz numa experiência subjectiva de disrupção massiva da coesão sensorial e sentimento de inter-ligação entre modalidades sensoriais e experiências subjectivas (Ogden, 1989). Os mecanismos defensivos que se organizam face a esta angústia são direccionados para o restabelecimento ou aquisição de *um sentimento subjectivo de superfície sensorial* conectada e restituição dos padrões rítmicos e contínuos (exemplo, todo o tipo de actividades musculares rítmicas) dos quais a integridade do self depende (Ogden, 1989), e que consistem na organização repetida de formas autísticas (Tustin, citada por Ogden, 1989, p.128) calmantes porque permitem readquirir um sentimento de se existir, uma existência corporal integrada.

As **formas autísticas** *reduzem a realidade* complexa às *sensações* que o contacto *pele-a-pele* com o objecto proporciona (potenciam a diferenciação e desenvolvimento da percepção), por exemplo uma cadeira, não existe enquanto cadeira, existe mediante as sensações físicas que evoca quando alguém se senta nela. Anulam indirectamente a diferença entre self, objecto e sensações que este objecto provoca (Ogden, 1989). Assim, um carro de bombeiros duro para uma criança que se encontre fixada ou regredida a este estado psíquico (como é o caso do autismo), existe e é compreendido mediante as sensações corporais, o toque, cheiro, sabor, que face sentir, uma experiência que visa a reacquirição e re-confirmação dos limites corporais do próprio self e do seu componente intra-psíquico.

sensação é fonte de constância, segurança, e da consciência de se sentir “existir”. A aquisição fundamental nesta *posição autística contígua* é a constituição de um *pano de fundo sensorial* que crie um sentimento existencial mais ou menos seguro primeiro predominantemente corporal, que mais tarde sirva de pano de fundo à edificação da existência psíquica (Ogden, 1989).

Como é que uma criança desenvolve uma representação do seu próprio corpo e se torna consciente dos seus limites? E que consequências se podem esperar se este desenvolvimento psíquico e afectivo não ocorrer com suficiente congruência e precisão?

“A vida psíquica começa com uma experiência de fusão, conduzindo à fantasia de que existe apenas um corpo e uma mente para duas pessoas, que são uma unidade indivisível.” (McDougall, 1989, p.32). Este sentimento de onipotência, ou de *ilusão de indiferenciação* é fundamental na construção dos núcleos mais primitivos da personalidade⁸ (McDougall, 1989). Com a manutenção patológica deste universo fusional, perde-se a identidade pessoal, o que é equivalente à anulação do espaço (psíquico, afectivo e relacional) de um dos elementos da díade (McDougall, 1989).

A fantasia inerente à díade mãe-bebé, “*um corpo para dois*” (oneness) tem o seu expoente máximo na vida uterina, em que “o prolongamento dessa experiência como estado de desejo desempenha um papel fundamental na vida psíquica do recém-nascido” (McDougall, 1989, p.33), sendo que “quando a relação mãe-criança é “suficientemente boa”, desenvolve-se uma diferenciação progressiva do sentimento de consciência psíquica da criança a partir da matriz psicossomática inicial, e uma diferenciação entre o seu próprio *corpo* e a primeira representação do mundo externo que é o *corpo da mãe*” (McDougall, 1989, p.33).

No funcionamento psicossomático, a ilusão “um corpo para dois” representa um pressuposto relacional em que “o amor conduz à morte psíquica, isto é, à perda não só das barreiras mentais contra a intrusão dos outros mas também dos meus limites corporais (...)” (McDougall, 1989, p.37). A realidade da separação e da diferenciação inter e intra-psíquica em relação aos objectos de amor é uma realidade incontestável que a criança aprende progressivamente a integrar. Apesar disso, “quando a separação e a diferenciação não são experienciadas como aquisições psíquicas que enriquecem e dão significado à vida instintiva, elas passam a ser temidas como realidades que ameaçam e diminuem a auto-imagem ou esvaziam o indivíduo do que parece ser vital para a sobrevivência psíquica, nomeadamente a ilusão de unidade fusional com a imagem arcaica materna da infância” (McDougall, 1989, p.41)

McDougall (1989) defende que na patologia psicossomática, *a função de para-excitações* na relação primária ficou de algum modo *comprometida*, ou pelo contrário, a criança poderá ter sofrido uma *sub-estimulação traumática* precoce, sendo que estas dificuldades perturbam a capacidade da

⁸ “Pode pensar que a criança vacila entre um desejo de fusão com o corpo da mãe e um desejo de independência completa” (McDougall, 1989, p.54).

criança em constituir uma representação de si *separada* da do objecto de amor primário. “Isto poderá conduzir à organização de uma representação corporal arcaica, em que os limites corporais, o investimento das zonas erógenas, e a distinção entre o corpo da mãe e o corpo da criança permanece confusa” (McDougall, 1989, p.42).

De forma bastante pertinente, McDougall (1989) associa a patologia autística e a patologia psicossomática, entendendo-as como reacções extremas (com gravidade extrema no autismo) ao pavor em relação à *separação* e à *diferenciação*, sentidas traumáticamente como experiências demasiado bruscas e precoces, que não conseguiram ser integradas e assimiladas na estruturação da personalidade da criança. Em relação a estas duas formas de reacção da criança pequena a um traumatismo (a *retirada autística* e a *reacção psicossomática*), McDougall (1989, p.43) refere “a primeira conduz à patologia autística, em que o corpo e o funcionamento psicossomático frequentemente permanecem intactos sendo que a mente se fecha ao mundo exterior; a segunda mantém a relação com a realidade externa intacta, com o risco de que o corpo comece a agir de forma “autística”, isto é, desligando-se das mensagens afectivas psíquicas ”.

Do pavor da separação sentida como corte (sem ligação psíquica que o preencha) pode resultar uma tentativa de organização precoce de uma pseudo-autonomia em falso self (McDougall, 1989). “A criança tem uma necessidade vital de manter a ilusão de unicidade com a figura materna “(...), é esta ilusão de fusão que permite à criança pequena adormecer, digerir o seu alimento, e eliminar os produtos excretórios. (...) A negação de certas partes corporais ou funções, tal como a exclusão dos afectos e dos pensamentos baseados nos afectos, é organizada pela criança pequena no sentido de prevenir a destruição da ligação indissolúvel mãe-bebé” (McDougall, 1989, p.47).

Para McDougall (1989) existe um tipo de funcionamento psíquico que predispõe o indivíduo à regressão psicofisiológica como forma de gestão de cargas afectivas intensas, em que o imago materno se organizou de forma clivada, com um pólo que agrupa os aspectos bons e idealizados da relação mãe-bebé, uma representação do objecto materno onnipotente, onde prevalece a unicidade dos corpos da mãe e da criança, e um outro pólo, com um carácter persecutório e ameaçador porque simultaneamente frio e rejeitante, matizada de pavor e de desejo muito de diferenciação e de autonomia, por parte da criança. O imago paterno tende por seu lado a ser podre e desinvestido. Toda esta configuração intra-psíquica contribui para o desenvolvimento, na criança com tendências psicossomáticas, de “um sentimento de identidade subjectivo perturbado com uma falta de distinção entre self e objecto concomitante”. (McDougall, 1989, p.58). “A mente é impelida para utilizar de forma regressiva formas de expressão corpo-mente arcaicas e pré-verbais. (...) Assim, apenas a raiz psicofisiológica do afecto é descarregada. A mente fez o que pode sem o acesso à palavra” (McDougall, 1989, p.66).

Em síntese é importante salientar, o papel da ilusão inconsciente de “um corpo para dois”, que nos pacientes psicossomáticos se organiza de modo insuficiente, resultando numa insegurança física e psíquica do sentimento de continuidade existencial, compensado através de um hiper-investimento do corpo, da sensação. Para tentarmos compreender o porquê da fixação do paciente psicossomático a esta forma de funcionamento psíquico, é necessário compreendermos como é que se passa a evolução desde o domínio sensorial-motor até ao domínio da representação psíquica, e qual o papel do *corpo* na aquisição e construção da *consciência de se sentir existir* e na *organização da constância objectal*, estruturadores fulcrais da estabilidade da vida psíquica e afectiva.

3.1.3. A importância do contacto pele-a-pele e o sentimento de continuidade de si na patologia psicossomática

Vimos como o sintoma psicossomático pode ser responsável por “(...) uma sensação de identidade (*a sense of being*) similar às sensações corporais que as crianças autistas procuram (...)” (Allouch, 2003, p.81). A tese sobre a patologia psicossomática, em questão neste trabalho, relaciona-se com *a importância do contacto pele-a-pele* numa relação em que o objecto de amor oferece o espaço psíquico e afectivo para dois seres distintos, ainda que ligados e em *sintonia*. Este espaço e diferenciação no psiquismo do objecto primário, é precursor de um espaço ou interioridade psíquica, estruturador do sentimento de se “sentir existir”, que parece estar frágil nestes pacientes. Vivemos numa sociedade que apoia o apogeu da mente operatória, a perda das ligações comunitárias que nos contextualizam e envolvem socialmente. É a era da imagem, e não da representação, com todos os custos que isso acarreta para o desenvolvimento do pensamento simbólico. É o domínio da concretude, do ter, da perfeição. São os vazios narcísicos que se tentam preencher à força, e compulsivamente, com a perda do que nos torna mais humanos, mais “animais”, *a perda do contacto físico* e do envolvimento afectivo nesse contacto. O filme *Crash*, começa e termina exactamente com este apelo, “hoje as pessoas já não se tocam...e por isso, a solução é chocarem (crash) uns nos outros”, é a pobreza relacional, em que os cuidados funcionais são super-compensadores de uma carência afectiva que todos nós, no nosso íntimo, reconhecemos.

A pele é, simultaneamente, meio de comunicação, limite entre estímulos internos e externos, limite entre o self e não self (Anzieu, 1991), “(...) é uma zona erógena onde é permitido ou proibido tocar, órgão de troca e de prazer recíproco desde a relação primária (...)” (Matos, 2007, p.5). Através do toque, a mãe é, simultaneamente, contentora dos limites do *corpo* e dos limites do *psiquismo* em devir do seu filho. Além disso, o contacto pele-a-pele na relação mãe-bebé, tem uma natureza dual para a criança, na medida em que, o corpo materno é simultaneamente *continente* (porque contém e envolve) e *conteúdo* (através das sensações geradas pelo toque) (Anzieu, 1991). É este corpo a corpo entre o bebé e a sua mãe que veicula as formas básicas de significação da realidade, as

experiências precursoras do pensamento, da organização de uma interioridade estável, segura e pensante. “O eu-pele é um “écran” que protege dos excessos de excitação e que filtra as primeiras comunicações.” (Anzieu, 1991, p. 64)

O interesse da investigação em psicanálise tem sido os *conteúdos* psíquicos (afectos, fantasmas, pensamentos, fantasia, angústias, vida pulsional), contudo e principalmente para as patologias de natureza psicossomática, é fundamental o estudo da organização e da constituição do *continente desses conteúdos*, o embrião da vida psíquica. Felizmente, “(...) a partir da década de 1950, passou-se de uma psicanálise que poderia dizer até sobretudo “de orifícios” a uma psicanálise que se poderia designar mais “cutânea”(…).” (Golse, 2007, p.26).

Anzieu (1995) introduz o conceito de Eu-Pele⁹, procurando salientar a importância da pele como envelope não só do corpo, mas também da primeira organização egóica, sobre a qual se edificam todas as outras aquisições desenvolvimentistas. O Eu-pele constitui-se com base na internalização da relação mãe-bebê, quer pela organização da dinâmica continente-conteúdo, quer

⁹ Segundo Anzieu (1995) o *Eu-pele* tem várias *funções*: **1)** Da mesma forma que a pele contém e sustenta os órgãos, esqueleto e músculos, também o Eu-Pele exerce a *função de manutenção do psiquismo*. Esta função psíquica deriva da interiorização pelo bebê da experiência de holding na relação com a sua mãe. “O eu-pele é uma parte da mãe – particularmente as suas mãos – que é interiorizada e que mantém o funcionamento do psiquismo (...)” (Anzieu, 1995, p.121); **2)** *Função continente*, organizada particularmente pelo “handling” e “holding” materno. Da mesma forma que a pele envolve todo o corpo, também o eu-pele envolve o aparelho psíquico. Se se verificar uma carência nessa *função contentora do Eu-Pele* duas formas de angústia podem ser despoletadas que são relevantes na compreensão da patologia psicossomática, a primeira, uma angústia de excitação pulsional difusa, responsável pela constituição de um seu envelope psíquico defensivo com as sensações dolorosas difusas. No segundo caso, o envelope existe, mas a sua continuidade é insuficiente e frágil, é um *eu-pele poroso*. Esta forma de carência parece ter um papel relevante na compreensão do sintoma encoprese; **3)** Inclui a *função de para-excitações* materna (Freud, 1985) que é progressivamente absorvida e incorporada no Eu-pele da criança; **4)** Possui um papel fundamental na organização do sentimento de *individuação do self*, na sua componente mais primitiva, um corpo habitado e investido porque se sentiu habitado e investido pelo objecto de amor primário; **5)** É uma superfície psíquica que serve uma função de síntese e ligação entre os diversos níveis sensoriais, sendo o seu fundo originário, o envelope tátil, exerce assim uma função de *intersensorialidade*. Se esta função não se organizar, angústias primitivas de desmantelamento, tal como descritas por Meltzer (1975) podem ser importantes, como no caso do autismo; **6)** *A pele do bebê é um objecto libidinal* que pode ou não ser investido pela mãe como tal. Assim, com a internalização desta capacidade o *eu-pele* é responsável pela *função de suporte ou apoio da excitação libidinal ou pulsional*, conseguindo-se captar e integrar o investimento libidinal através de um envelope de excitação sexual global, que é parcial e focado em determinadas zonas erógenas ao longo do desenvolvimento, e que depois se torna integrado, em que o prazer cutâneo libidinal permanece primariamente ligado ao prazer genital; **7)** A pele como fonte de estimulação constante ligada ao tónus sensorio-motor é equivalente ao Eu-pele na sua *função de reabastecimento libidinal da função psíquica*, mantendo o pensamento investido pulsionalmente; **8)** por último, a pele como órgão responsável pela comunicação com o mundo exterior (ex. tatuagens, piercing, maquilhagem), equivale ao Eu-pele como fundamento da matriz identitária.

pela constituição concomitante de um espaço emocional e de um espaço de pensamento (o primeiro pensamento é a alucinação do seio e do prazer associado à experiência, algo que se constrói na sua ausência, e a partir frustração associada à sua perda temporária), auxiliado pelo *aparelho de pensar pensamentos* materno (Bion, citado por Mazet, & Houzel, 1994). “A constituição de um Eu-Pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e a constância de sentimento de existir de base” (Anzieu, 1995, p.61). O Eu-pele depende das sensações geradas pelo contacto pele a pele com a superfície do corpo materno, e é fundamento da possibilidade de pensar, pois dele depende a organização de um espaço psíquico, de uma interioridade suficientemente sólidas e seguras, através da experiência de toque, da sincronia afectiva na díade, e de uma atitude materna “côncava”, isto é, receptiva e activa da vida psíquica e afectiva primitiva do seu filho.

Uma mãe que não foi contida e envolvida desta forma, terá mais dificuldade em conseguir sincronizar-se (*função alpha e envolvimento físico e psíquico*) na relação com o seu filho, de forma a estar disponível, e conseguir uma leitura verdadeiramente empática das necessidades da criança, que é embrião do seu próprio aparelho psíquico.

Na patologia psicossomática assistimos a um hiper-investimento do corpo que não parece ser aleatório. É um corpo pouco investido na relação, no toque na sua dimensão de envolvimento. Um corpo que se auto-investe, rejeitando o objecto nesta função. É a carência do contacto pele-a-pele, numa interacção que implica envolvimento físico, psíquico e afectivo. Um corpo que depende de si, e que a partir da organização do sintoma psicossomático consegue que “algo que se passa *lá dentro*”, fomentando a constituição de uma “pseudo-interioridade”. O contacto pele-a-pele, na amamentação é de extrema importância, mas é mais do que isso, é o contacto pele-a-pele, ao longo de todo o desenvolvimento do indivíduo. O Eu-pele (Anzieu, 1995) está para sempre em formação na relação com os objectos do nosso amor. A nossa pele, desprovida de pêlos em relação aos outros animais, parece potenciar o toque e a experiência sensorial, sendo que “para a mente infantil, tudo o que o organismo contacta, e isto é normalmente através do toque, representa não só o ambiente como os limites de si próprio” (Gadini, 1987, citado por Mazet & Houzel, 1994).

Tanto na patologia psicossomática como no autismo, existem perturbações da organização do Eu-pele, sendo que no autismo é a própria constituição do mesmo que está em questão, e na patologia psicossomática, existe um Eu-pele “poroso” (conceito de Anzieu, 1995), em que os pensamentos, afectos, vontades são dificilmente conservados ou contidos, são fluidos e instáveis, causando uma angústia ligada com a sensação de vazio interior, sendo que a agressividade é utilizada como forma de expressão privilegiada de afirmação da autonomia e dos limites do self. Um Eu-pele com poros.

Na compreensão do sintoma *encoprese*, destaca-se a importância dos orifícios como veículos de passagem, interrupções no Eu-pele, símbolos da introjecção e da projecção/expulsão, investidos libidinalmente, e profundamente ligados com as sensações de cheio/vazio, a percepção de volume, e o seu correspondente psíquico, o volume/espço psíquico. Este sentimento de interioridade só é possível se existir um sentimento de base, de integridade do Eu-pele, um envelope que foi um dia real, afectivo, relacional, entre corpo e o sonho, e que agora é predominantemente psíquico, uma relação de objecto internalizada e estruturadora do psiquismo. Além disso, defendemos a importância de considerar o papel que *o cheiro* das fezes pode desempenhar, quer como mensagem real de afastamento do outro, de necessidade de distância relacional quer como, uma espécie de *envelope olfactivo substitutivo* (Anzieu, 1995).

Também a noção de *Pele Psíquica*¹⁰ introduzida por Esther Bick (1991) se aproxima muito ao conceito de *Eu-pele* de Didier Anzieu (1995). Até esta *pele psíquica* ter sido internalizada, a noção interioridade do *self* permanece empobrecida. “As perturbações na formação desta pele primitiva podem conduzir ao desenvolvimento de **uma segunda pele**, em que a dependência em relação ao objecto é substituída por uma pseudo-independência, (...), com o objectivo de criar um substituto para esta função contentora da pele” (Bick, 1991, p.188). A importância da constituição de um envelope psíquico capaz de conter os objectos internos, os afectos e algo que inevitavelmente desempenha um papel fulcral na construção do núcleo identitário mais primitivo, ligado ao self corporal.

Patente está mais uma vez a importância da pele, do contacto pele a pele, na interiorização da *pele psíquica*, um contacto afectivo, sintónico, ligado com a capacidade do objecto materno em adequar a comunicação na relação com o recém-nascido, regredindo ela própria à sua componente mais primitiva e inconsciente de forma a dar sentido às comunicações primitivas do seu filho. A função *alpha* descrita por Bion (citado por Mazet, & Houzel, 1994) inerente ao papel do objecto materno também desempenha um papel fundamental na organização de um espaço psíquico interior

¹⁰ Bick (1991) caracteriza o processo da sua organização na criança da seguinte forma: **1)** as diversas partes da personalidade na sua forma mais primitiva possuem uma força que as liga entre si, e que é internalizada através da relação de objecto capaz de passar essa integração; **2)** a introjecção desse objecto suficientemente bom, ou dessa relação com o primeiro objecto da criança, o seio materno, é conseguida pela identificação da criança com a função contentora do objecto, formando-se o equivalente psíquico de espaço interior e exterior; **3)** o objecto contentor introjectado é experienciado como uma pele. Tem uma função de pele psíquica; **4)** a introjecção da função contentora do objecto permite a organização da função de limite da pele (e do self enquanto correspondente psíquico), e é condição base para a organização da clivagem e do mecanismo de identificação projectiva, isto é para o acesso pleno à posição esquizo-paranóide; **5)** se a função não é interiorizada o processo de desenvolvimento psico-afectivo continua mas com base numa confusão identitária e psíquica entre objecto e self, sem que a pele psíquica e física sejam sentidas como verdadeiros limites (psíquicos e físicos respectivamente).

e constante, visto que sem a capacidade “metabólica” dos elementos beta por parte da mãe, o bebé ver-se-ia submerso e inundando na tensão psíquica e corporal.

A pobreza da organização de um Eu-pele (Anzieu, 1995), ou pele psíquica (Bick, 1991), parece contribuir para a organização de um sentimento existencial básico empobrecido, desvitalizado. A *pobreza do contacto pele-a-pele*, do toque, o carinho afectivo sincronizado com uma *função alpha* (Bion, citado por Mazet, & Houzel, 1994) na relação primária capaz de conter o psiquismo paralelamente à contenção corporal, responsável pela aquisição progressiva da consciência dos limites do *self*, na sua componente mais primitiva, parece desempenhar um papel fundamental na compreensão do *hiper-investimento defensivo do corpo* (com descargas ou *acting in*) nos pacientes *psicossomáticos*.

Assim, o paciente psicossomático ao hiper-adaptar-se à relação de objecto patogénica, acaba por preencher falhas nas aquisições precoces ao nível do desenvolvimento, nomeadamente, falências na constituição de um Eu Pele (Anzier, 1995) ou Pele psíquica (Bick, 1991). Propomos que o psicossomático, investe defensivamente o seu corpo, substituindo o objecto primário, um corpo que originalmente foi pouco investido, em termos de contacto pele-a-pele e calor afectivo, ou investido de forma intrusiva, com pouco sintonia afectiva na relação.

Com os sintomas psicossomáticos, o paciente assegura-se que o Eu-pele (Anzier, 1995), ou a Pele psíquica (Bick, 1991) responsáveis pela *constância se sentir existir psiquicamente* (organizada também porque se existiu psiquicamente na cabeça do objecto de amor primário (Coimbra de Matos, 2003), é fortalecida ainda que de forma defensiva e desviante. Paralelamente, os limites de si (psíquicos e físicos) difusos graças a uma individuação insuficiente são também sucessivamente redescobertos, oferecendo a possibilidade ao outro em relação de “cuidar” na doença o mais afectivamente possível, reparando a distância afectiva, ou a ausência de sintonia, na relação quotidiana. O psicossomático no fundo, mantém-se leal ao objecto, desorganizando-se somaticamente, sob a forma de *acting in* da sua vida pulsional, para compensar a insuficiente aquisição de um sentimento de continuidade psíquica e identitária, edificado sobre um “Eu-pele” poroso, por falência do contacto pele-a-pele, sintónico, na relação primária. Propomos que, nos pacientes psicossomáticos, este é um dos factores que contribuem para a escolha do *acting in* como forma de expressão não mentalizada da vida pulsional em detrimento do *acting out* ou de outra via alternativa de alívio da tensão não metabolizada e representada psiquicamente.

Nas patologias do *acting out*, parece estar em questão, a definição da exterioridade (com o seu representante na interioridade do individuo), e dos limites do *self* espelhados nos limites do objecto (corporais e psíquicos). No *acting in*, pelo contrário, parece predominar a tentativa de organização de uma interioridade, é a dualidade dentro *versus* fora. A estimulação da pele (através do toque caloroso e afectivo) fundamenta a ressonância sensorial inerente à organização de um Eu-pele

(Anzieu, 1995) suficientemente sólido e contentor. O acesso à representação do objecto e à sua constância intra-psíquica parece-nos depender profundamente, deste sentimento de existencial de base, primeiro predominantemente sensorial, depois predominante psíquico (uma ressonância psíquica do pensamento preenchedora e unificadora do self). Como refere Matos (2007, p.6) “A pele da mãe vai ser a constituição de fundo de todas as representações”.

Assim, o sintoma somático pode compreendido como um esforço hiper-adaptativo de *auto-investimento de um corpo* pouco tocado, em sintonia afectiva (em que se procura uma interioridade e os seus limites), e simultaneamente, uma tentativa de *preencher um vazio psíquico e existencial*, por *insuficiência* ou por *pobreza na qualidade* da contenção e envolvimento securizantes conseguidos através do *contacto pele-a-pele* com os objectos de amor.

3.1.4. Nota sobre o acesso à triangulação e a patologia psicossomática

Golse (2007) defende a importância da distinção entre o *pai pré-edipiano* e o *pai edipiano*, e da co-construção do terceiro, do espaço paterno, pela mãe e pelo bebé. O *pai pré-edipiano* não possui uma função separadora na relação simbiótica mãe-bebé, muito pelo contrário, “o pai exerce uma função de ligação e contextualização da díade mãe-bebé.” (Golse, 2007, p.158), apoia e serve de sustentáculo ao narcisismo da mãe. Já o *pai edipiano*, por outro lado, seria mais responsável pela introdução de distância afectiva na díade (Golse, 2007). Na literatura clínica sobre patologia psicossomática da criança é constante a caracterização das relações mãe-filho, marcadas pela super-protecção, e sobre-envolvimento, sendo a figura paterna excluída, ou descrita como física ou afectivamente ausente (Kutter, 2001).

Kutter (2001) defende que na patologia psicossomática, é o corpo em vez da figura paterna (objecto de amor adulto e erótico do objecto primário da criança), que serve a função de terceiro elemento introduzindo a distância na relação simbiótica dual, constituindo-se uma *triade mãe-criança-corpo* (a ausência paterna física e/ou afectiva, contribui para este fenómeno). Este triângulo corresponderia a uma espécie de triangulação psicossomática, em que o *corpo* de paciente psicossomático acabaria por ser o objecto primordial de suporte da descarga pulsional quer libidinal quer agressiva alternativa ao objecto primário (uma *função paterna*, visto ser o pai, o responsável pelo auxílio na contextualização e desintensificação da relação simbiótica, oferecendo-se como objecto de amor alternativo para ambos), um lugar que pertence *ao terceiro* na relação de amor. Neste sentido, é também compreensível a dificuldade de simbolização libidinal agressiva (simplificada no processo normal pelo investimento de um dos elementos do casal enquanto rival, típica dos conflitos edipianos) e a dificuldade de construção da identidade sexual, num cenário em que a criança tem pouco acesso à observação de uma relação de amor maduro, que lhe é barrada, entre o pai e a mãe, enquanto homem e mulher. O paciente psicossomático fica, então, *aquém da verdadeira triangulação*

(Coimbra de Matos, 2003), assumindo o corpo em sofrimento, um papel *paradoxal* de *distanciamento* dos objectos de amor (redescobrimo os limites próprios, e focando a atenção no self, ainda que restringida à atenção ao corpo), e de *aproximação* requerendo os seus cuidados e afectos.

Parte II – O Sintoma Encoprese

1. Quadro psicopatológico e considerações para o diagnóstico

1.1. Descrição da sintomatologia

O termo *encoprese* (ver anexo I) (ou *encoprose*, termo utilizado por Santos e Caldas, 1972) foi primeiramente introduzido em 1926 por S. Weissenberg, e relaciona-se com a dificuldade de controlo das fezes com defecção em lugares que não são apropriados para o efeito, apesar de biológica e fisiologicamente existir maturidade para o mesmo (Liebert, & Fischel, 1990).

“A encoprese é por definição funcional, de origem psicológica” (Santos & Caldas, 1972, p.7), e a ocorrência dos acidentes encopréticos deve ser compreendida à luz do contexto afectivo-relacional da criança, pois não possui uma natureza aleatória, e associa-se a determinadas horas, situações ou acontecimentos específicos, normalmente com algum significado emocional.

Para que o diagnóstico do sintoma seja considerado válido é necessário que: **1)** o episódio ocorra pelo menos uma vez por mês durante no mínimo 3 meses (DSM-IV-TR, 2002); **2)** a criança não apresente qualquer tipo *lesão ou patologia orgânica* capaz de fornecer uma explicação alternativa do sintoma¹¹; **3)** a criança tenha pelo menos 4 anos de idade (em crianças com atraso de desenvolvimento, pelo menos 4 anos em termos de estimativa da idade mental), isto é, que se posicione *acima do limiar* considerado *normativo* para a aquisição do controlo esfíncteriano das fezes (aproximadamente até aos 3/4 anos) (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo a definição proposta por Santos & Caldas (1972, p.57) a encoprese é uma *expulsão inconsciente* de pequenas porções de matéria fecal (não uma defecação propriamente dita). Assim, a encoprese relaciona-se não tanto com uma dificuldade no controlo esfíncteriano, mas sim “com um *super-controlo* com descargas inconscientes e, portanto incontroláveis” (Santos & Caldas, 1972, p.2). Existem divergências quanto à *intencionalidade* das emissões fecais em locais desapropriados, contudo, é mais *frequente* que o comportamento tenha a natureza *inconsciente* mencionada (DSM-IV-TR, 2002). Além disso, o sintoma tende a ser bem tolerado pela criança, visto em termos psicológicos e de desenvolvimento psico-afectivo, as identificações ao adulto-educador e a valorização genuína dos ideais de limpeza e higiene não foi bem consolidada (Schmit, 2004).

Complementarmente, na caracterização do sintoma *encoprese*, podem diferenciar-se dois tipos principais (DSM-IV-TR, 2002): 1) *com obstipação e incontinência*, em que normalmente na história clínica da criança existem evidências precoces de dificuldades de defecação, estando em questão a *tendência retentiva* das fezes que origina os episódios pontuais de incontinência; e 2) *sem*

¹¹ A encoprese de origem orgânica é bastante rara e estima-se que serão apenas 10% da totalidade dos casos, contudo é importante salientar a necessidade de um exame médico completo e rigoroso, antes de se procederem a qualquer tipo de intervenções psicológicas na criança (Liebert, & Fischel, 1990)

obstipação nem incontinência, em que a emissão de fezes é intermitente e sem historial de dificuldades na defecação, sendo que o pólo retentivo e inconsciente do sintoma não é tão saliente (DSM-IV-TR, 2002). Neste segundo tipo (menos frequente), a *encoprese é não retentiva*, e ocorre porque a criança defeca em locais inapropriados por *oposição* às regras sociais de higiene, sendo o funcionamento intestinal regular e com frequência normal (Liebert, & Fischel, 1990).

No primeiro tipo, o mais frequente (cerca de 80% a 95% de todas as crianças encopréticas e.g. Liebert, & Fischel (1990), Baucke-Loening (2002)), a encoprese é acompanhada pelo mencionado *esforço retentivo* contínuo, que muitas vezes, conduz a uma obstipação funcional paralela ao sintoma, sendo normalmente devida a razões psicológicas (fobia de defecação em casas de banho públicas, ou um padrão de perturbação com evidência de ansiedade e outros comportamentos de oposição), que conduz a um evitamento activo da defecação (DSM-IV-TR, 2002). Neste caso, é frequente, um historial de obstipação crónica associado, e a defecação ocorre principalmente quando a criança *perde o controlo* excessivamente exercido sobre o funcionamento intestinal. A *encoprese retentiva* pode tornar-se um ciclo vicioso. Quando as fezes não são expelidas, elas acumulam-se na porção inferior do intestino grosso, sendo que este vai ficando cada vez mais ocupado por matéria fecal. Se a retenção contínua acumula-se uma grande quantidade de fezes, e o intestino distende-se até que a passagem das fezes se torna extremamente dolorosa, o que contribui para a inibição da vontade e da capacidade da criança para defecar (Liebert, & Fischel, 1990).

É importante mencionar, também, a componente *masturbatória* (DSM-IV-TR, 2002) que algumas crianças apresentam paralelamente ao sintoma, associada a uma auto-estimulação erótica (sensações anais) conseguidas a partir da retenção sucessiva das matérias fecais (tem um carácter de defesa anti-depressiva), e que tem sido insuficientemente considerada na literatura clínica sobre a encoprese, apesar de desempenhar um papel fundamental na manutenção do sintoma, particularmente nos casos mais graves, servindo uma função compensatória de carências afectivas significativas (Arruffo, Ibarra, & Strupp, 2000)

Na caracterização do sintoma encoprese, é importante também, a distinção entre a forma *primária*, em que o controlo esfíncteriano *nunca* foi alcançado completamente ao longo do desenvolvimento da criança, e a forma *secundária*, em que a criança alcançou o controlo esfíncteriano (muitas vezes, precocemente), permanecendo limpa durante um período de tempo significativo, mas posteriormente, acaba por perdê-lo devido a factores de natureza psicológica (Liebert, & Fischel, 1990).

A forma *primária* de encoprese tem sido associada a ambientes familiares de alguma carência afectiva (associada à estagnação do desenvolvimento psicosssexual) e/ou pedagógica, em que se verifica um relativo desinvestimento ou desvalorização, por parte dos familiares da criança, da aprendizagem do controlo esfíncteriano, ou por outro lado, em que o ensino do controlo

esfincteriano não foi correctamente desenvolvido. É importante tomar em consideração, contudo, que “a aquisição do controlo esfincteriano deve ser interpretada mais em termos de desenvolvimento e maturidade, do que em termos de hábitos e aprendizagem” (Santos & Caldas, 1972, p.18).

A forma *secundária* é mais frequente (aparecendo o sintoma entre os 4 e os 8 anos) (Santos & Caldas, 1972), e pressupõe a existência de um conflito afectivo-relacional que acaba por contribuir para a regressão ou fixação da criança à fase anal do desenvolvimento psicosexual (Soulé, Lauzzanne, & Colin, 2004).

Complementarmente, podem falar-se de *dois tipos de benefícios* retirados do sintoma encoprese e que deverão ser tomados em consideração na compreensão e intervenção psicoterapêutica junto destas crianças: 1) os *benefícios primários* que derivam directamente da construção do sintoma, tais como, as sensações de natureza regressiva que a criança retira do contacto erotizado das fezes com a mucosa anal, e além disso, as sensações corporais difusas resultantes dos movimentos retentivos intestinais, e a sensação de “preenchimento” consequente à hiper-dilatação do abdómen; 2) os *benefícios secundários* resultam do *efeito* do sintoma no ambiente familiar da criança, e no comportamento dos elementos da família, podendo satisfazer diversas necessidades no contexto das relações interpessoais. Na escola, a socialização vê-se bastante dificultada, sendo que o isolamento da criança encoprética em relação ao seu ambiente relacional, acaba por funcionar como mecanismo patológico, bloqueando possíveis experiências emocionais correctivas com os pares, que acabam por se afastar (Schmit, 2004).

1.2. Diagnóstico Diferencial

No diagnóstico diferencial é importante considerar:

1) A normalidade anatómica do aparelho intestinal, apesar da associação frequente a um historial de obstipação crónica ou de alternância entre tendências diarreicas e obstipação anteriores à organização da sintomatologia (Santos & Caldas, 1972);

2) A importância de distinguir a encoprese, da *incontinência fecal* associada a quadros de *psicose* na criança, quadros de *atraso intelectual*, *lesões neurológicas graves* ou *lesões esfincterianas* (Santos & Caldas, 1972);

3) Por fim, salienta-se que a necessidade do sintoma não ser passível de ser explicado por outras situações médicas, tais como, a diarreia crónica, espinha bífida, e estenose anal, sendo que a única excepção em que se considera o diagnóstico de encoprese, é na presença da situação médica de obstipação como já foi mencionado anteriormente (DSM-IV-TR, 2002).

1.2.1. Distinção e Introdução à compreensão da patologia *Megacólon Funcional*

Clinicamente, é legítima a associação entre a patologia *megacólon funcional* e *encoprese retentiva* na criança, podendo mesmo existir comorbilidade entre estas patologias.

Neste caso, o *exame somático* da criança normalmente apresenta: 1) a âmpola rectal distendida e repleta de fezes; 2) uma tonicidade normal do esfíncter anal; 3) a presença de fecalomas (fezes ressequidas em forma de pequenas bolas no interior do cólon) (Mazet, & Houzel, 1994). O que diferencia as duas patologias psicossomáticas, é a *inexistência de incontinência* das matérias fecais (que define o sintoma *encoprese*) e a *alteração severa da morfologia* do intestino grosso (no caso da patologia *megacólon funcional*) que em casos graves, pode resultar no comprometimento da função defecatória.

Na patologia psicossomática *megacólon funcional* verifica-se uma inibição dos movimentos intestinais, estando subjacente uma forma de pré-angústia de perda de partes de si, dos seus excrementos, dos seus objectos internos (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981). Estão em causa *angústias de fragmentação* vividas no corpo e na relação da criança com as suas fezes. Normalmente, organiza-se uma fobia à casa de banho principalmente quando a expulsão das fezes se possa ter torna dolorosa, e também por isso é evitada (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981). As pequenas perdas encopréticas não são raras (não sendo suficientes na maioria dos casos para o diagnóstico concomitante do sintoma encoprese) e explicam-se pela perda do controlo sobre o mecanismo de retenção. As fezes retidas sistematicamente provocam um abdómen distendido nas crianças, que simultaneamente satisfaz uma necessidade inconsciente de criança se sentir “cheia por dentro”, como se assim conseguisse preservar o bom objecto interno, a partir da retenção das matérias fecais (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981). Este comportamento retentivo, mais ou menos inconsciente, tem uma função de auto-estimulação compensatória, podendo ser considerado como equivalente masturbatório, e ao qual está inerente um certo desinvestimento pulsional das relações de objecto. As crianças com *megacólon funcional* tendem a inibir a sua afectividade agressiva (à excepção da descarregada indirectamente a partir das expulsões encopréticas esporádicas), são muito obedientes e submissas, e tendem a ter relativa dificuldade no estabelecimento de relações com os pares (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981).

Além disso, é pertinente o paralelismo entre os mecanismos e dinâmica inerente ao sintoma de *megacólon funcional* e o sintoma *mericismo* (em bebés a partir dos 6/8 meses, que consiste na regurgitação com ruminação do alimento ingerido quando a criança está sozinha), um sintoma mais grave típico dos bebés nos primeiros meses de vida (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981). Em ambos há uma inversão do movimento natural das matérias quer alimentares quer fecais, com forte erotização do controlo destas matérias, evocando em ambos a natureza de auto-estimulação, e implicando uma retirada relacional, que é mais grave no mericismo, lembrando uma retirada autística, para um mundo sensorial, previsível e controlado de forma onipotente pela criança (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981). Um esforço de controlo de um objecto interno sentido como imprevisível, prejudicando a confiança básica da criança na relação de objecto, que resulta num automatismo de

repetição defensivo. Em causa parece uma organização defensiva contra o sentimento de vazio, na sua componente mais primitiva, quer da boca e da estimulação oral no mericismo (que é prolongado e controlado pelo bebé que regurgita e ruma o alimento), quer do intestino, que parece simbolizar um vazio afectivo e relacional, metaforizado no corpo da criança (Kreiser, Fain, & Soulé, 1981).

Um comportamento que parece permitir a construção de uma sensação de *recuperação/preservação do objecto interno*, quer na recuperação do bolo alimentar no mericismo, quer nas fezes que “quase” são expelidas, destruídas, e que com esforço conseguem permanecer guardadas. A organização de um super-ego arcaico e rígido, lembrando a noção de *superego corporal* descrita por Sami Ali (1999), parece patente visto que estas crianças pervertem o seu órgão e utilizam-no ao contrário do que é fisiológico, natural e vital.

Como foi mencionado não são infrequentes, os casos de encoprese que são acompanhados pela patologia megacólon funcional não reconhecida (daí a importância do despiste enquanto critério *no diagnóstico diferencial* do sintoma encoprese), e mesmo que o aparelho intestinal não tenha sido deformado o suficiente para se considerar a organização da síndrome, a dinâmica intra-psíquica e relacional da organização do megacólon funcional partilha bastante com os casos de *encoprese* com um pólo *retentivo* marcado (Kreiser, Fain, & Soulé, 1981).

1.3. Evolução e Prognóstico

O interesse da investigação em psicologia clínica do sintoma encoprese, reflecte-se na *carência de estudos longitudinais* sistemáticos que informem quanto ao prognóstico e evolução do sintoma em relação à capacidade adaptativa futura do indivíduo. Sabe-se contudo, que é muito rara a persistência do sintoma além dos 16 anos (Schmit, 2004), à excepção de adultos psicóticos e em casos de atraso mental (Stisman, 1999). Na literatura clínica revista, conhece-se apenas um caso em que o sintoma persistiu até aos 14 anos (Stisman, 1999).

Mais frequentemente, o sintoma desaparece dando lugar a outras formas de manifestação do sofrimento psicológico. No estudo de Santos & Caldas (1972) verificou-se que uma percentagem significativa dos casos evoluiu para quadros psicopatológicos distintos, em que as dificuldades na sua integração e gestão da ansiedade são acentuadas, tais como, sono agitado, terrores nocturnos, sonambulismo, tiques, onicofagia e gaguez.

Neste sentido, mais do que *a evolução do sintoma* deve considerar-se *a evolução global da criança*, visto que poderá também, existir o risco de evoluções para patologias mais graves da personalidade como, a psicopatia, delinquência, ou outras perturbações mais específicas da personalidade (Schmit, 2004), tais como *problemas típicos do carácter anal* (tal como descrito por Freud), com tendência para a ordem, meticulosidade, uma pobreza da vida sentimental e afectiva,

uma vida psíquica marcada pela pobreza da vida fantasmática, em que o desinvestimento escolar/laboral é frequente (Launay & Lauzanne, citados por Mazet, & Houzel, 1994).

Em síntese, importa reter que na ausência de uma intervenção atempada e adequada, existe risco de uma evolução da personalidade da criança, com historial de encoprese, para formas menos adaptativas de evolução psicológica, mesmo após o desaparecimento do sintoma.

1.4. Dados epidemiológicos (Incidência e prevalência, comorbilidade, variações em função do sexo)

A tabela seguinte procura ilustrar de forma sintética a prevalência das perturbações do controlo dos esfíncteres na criança.

Tabela 1- Comparação da Enurese com a Encoprese ^a

	Enurese	Encoprese
Prevalência aos 4 anos	20%	3%
Prevalência aos 7 anos	12%	1,5% ^b
Proporção sexo masculino/sexo feminino	60/40 ^c	75/25
Proporção primária/secundária	80/20	50/50
Percentagem apenas nocturna	75%	0%
Percentagem diurna ^d	25%	100%

^a – Dados recolhidos por Achenbach & Edelbrock (1981), Bellman (1966), Forsythe and Redmond (1974), Levine (1975), & Miller (1973), citados por Liebert, & Fischel, 1990.

^b – Cerca de um terço dos encopréticos também são enuréticos.

^c – A diferença de sexos explica-se principalmente pela enurese nocturna primária; parece não existir diferenças entre sexos para os outros tipos.

^d – Enurese diurna quase invariavelmente envolve enurese nocturna; encoprese nocturna muito raramente envolve encoprese nocturna.

Podemos observar pela tabela 1 que a encoprese predomina nas crianças do sexo masculino, numa proporção de 3:1. Nas raparigas, a retenção é muito marcada com risco de organização de uma obstipação crónica que pode culminar na mencionada síndrome megacólon funcional, não envolvendo normalmente os episódios de encoprese (Schmit, 2004). A prevalência da encoprese primária em comparação com a encoprese secundária parece ser equivalente, embora se verifiquem discrepâncias nos estudos em relação a este dado, sustentando uma maior prevalência da forma *secundária* (e.g. Santos & Caldas, 1972).

Além disso, em crianças a partir dos 7 anos, a prevalência diminuiu para cerca de 1,5%, o que significa que apenas 50% das crianças com encoprese aos 4 anos conseguiram uma remissão espontânea do sintoma até aos 7 anos, sendo que a probabilidade de remissão espontânea não acelera durante a infância (Houts & Liebert, 1984, citados por Liebert, & Fischel, 1990). A necessidade de intervenção é clara, até porque nada assegura que a remissão do sintoma não esteja directamente associada com a reorganização de outros sintomas, ou defesas face a uma angústia e

imaturidade psico-afectiva que permanece latente, mas simplesmente melhor defendida com a idade e maturação psíquica, fragilizando a qualidade das respostas adaptativas da criança a tarefas de desenvolvimento subsequentes (Liebert, & Fischel, 1990).

Complementarmente, a encoprese é um sintoma tipicamente diurno, menos frequente do que a enurese, sendo que na grande maioria dos enuréticos não existe comorbilidade com a encoprese, mas o contrário já não se verifica, visto que não é raro que na presença da sintomatologia encoprese, a criança apresente também dificuldades no controlo esfinteriano em relação à urina (Liebert, & Fischel, 1990).

2. Abordagem teórica compreensiva:

Referencial psicodinâmico e o sintoma da encoprese na criança

2.1. Tarefas de Desenvolvimento Normativas na Aquisição do Controlo Esfinteriano e a Fase Anal do Desenvolvimento Psicosexual

O treino do controlo esfinteriano é um alvo cultural muito significativo no âmbito da socialização e conquista da independência da criança pequena. As dificuldades na aquisição e integração desta aprendizagem universal foram dos primeiros problemas a serem detectados na criança. Sabe-se da existência de pinturas rupestres onde se representam estas problemáticas, e além disso, estas questões já preocupavam os médicos anciãos dos primórdios da humanidade há mais de 3, 500 anos (Glicklich, citado por Liebert, & Fischel, 1990).

Segundo os dados da medicina e psicologia do desenvolvimento, é esperado em termos do desenvolvimento psico-afectivo e fisiológico que as crianças consigam adquirir o controlo voluntário sobre as fezes e urina até pelo menos os 4 anos, apesar de muitas crianças o fazerem mais cedo, e em relação ao controlo da urina, existir uma tendência clara para uma maior dificuldade nesta aprendizagem particularmente nos rapazes, devido à configuração anatómica e fusão do aparelho urinário com o órgão sexual (Liebert, & Fischel, 1990).

O controlo esfinteriano organiza-se no quadro da *relação afectiva* da criança com o seu meio, e pressupõe: 1) “maturação neurológica do aparelho da excreção; 2) investimento da função pela criança; 3) contributos educativos e relacionais dos que o rodeiam.” (Schmit, 2004, p.323). A maturação neurológica é bastante rápida, contudo o seu equivalente psíquico, e de aprendizagem a ser integrada pelo ego em desenvolvimento da criança, é mais tardio e largamente dependente da introdução das regras de higiene, numa base de segurança afectiva e sentimento de vinculação e pertença (Schmit, 2004).

Segundo Anthony (citado por Machado, 1980) podem descrever-se quatro fases associadas à *evolução da capacidade fisiológica* para o controlo esfinteriano: 1) uma primeira fase, durante os

primeiros seis meses de vida em que a criança defeca por reflexo condicionado ligado à distensão rectal, 2) uma segunda fase, em que a criança começa a adquirir a consciência e a discernir as sensações intestinais inerentes à acumulação de fezes; 3) uma terceira fase em que desenvolve a capacidade de retenção das mesmas, paralelamente à consciência da necessidade de evacuação, sendo que a segunda e terceira fases duram mais ou menos até aos 18 meses; por último 4) a quarta fase em que a criança adquire a maturidade funcional, sendo que consegue não só reter as fezes, mas também expeli-las voluntariamente.

Inerente à evolução psíquica necessária para esta aprendizagem, Ana Freud (1987) descreve vários estádios inerentes à fase anal do desenvolvimento psicossexual na criança.

Na *primeira fase* existe liberdade completa para urinar e defecar sem restrições, sendo que a determinada altura, os pais intervêm no sentido da criança começar adquirir hábitos de higiene.

Na *segunda fase*, está inerente um avanço na maturação com *consolidar da fase anal* e desinvestimento libidinal da zona erógena típica da fase oral, a boca. Nesta fase é típico, o desenvolvimento de uma atitude de maior oposição da criança em relação à frustração dos seus desejos, sendo que as fezes são muito investidas em termos pulsionais, e são concebidas como algo pertencente ao corpo. Podem tornar-se símbolos de afectividade em que a criança oferece um presente à mãe, aceitando assim, submeter-se às normas sociais que ela impõe, e além disso, também podem ser investidas (as fezes) por agressividade, constituindo nesta fase uma forma de gestão e expressão da raiva, frustração e desilusão na relação objectal com o objecto primário (Ana Freud, 1987). A reacção dos adultos às fezes e à defecação da criança são também factores significativos, visto que a criança poderá investir as suas fezes como presentes que são valorizados pela autonomia implicada, ou pelo contrário considerá-las algo repelente e mau, podendo utilizá-las na expressão de hostilidade em relação aos pais (Ajuriaguerra, 1986). Assim, “à parte dos jogos com os excrementos, o mecanismo expulsões-retenções torna-se um mecanismo inter-relacional, de comunicação, de rejeição e doação. Fora do auto-erotismo implícito ele contribui para a afirmação da personalidade nascente. A criança utiliza os seus esfíncteres para o seu próprio prazer e regula mais ou menos o seu corpo em função da organização deste prazer.” (Ajuriaguerra, 1986, p.265-266). A mãe ou o cuidador primário terá mais uma vez um papel fundamental no auxílio da criança, na gestão destes afectos tão díspares, mantendo o envolvimento afectivo e identificando-se com a criança, ao mesmo tempo que faz a mediação entre as tendências pulsionais anais da criança, e as exigências inerentes à socialização e à aquisição dos hábitos de higiene. Por outro lado, poderá ser particularmente difícil à mãe desempenhar este novo papel na relação mãe-filho (que requer um ajuste significativo da atitude maternal em relação à fase oral), dada a sua própria história de desenvolvimento, ou seja, dada a severidade das suas formações reactivas de repugnância, ordem e

meticulosidade e elementos obsessivos da sua personalidade (e.g. Ana Freud, 1987; Santos & Caldas, 1972).

Inerente a esta fase do desenvolvimento psicosssexual está um tipo de dinâmica de controlo e confronto entre a actividade e a passividade, a posse e a subjugação, sendo que a relação de objecto é marcada pela ambivalência. “Um duplo prazer é procurado na relação com a mãe, o da submissão para ser amado, e o da oposição por ser dominador. A relação de objecto anal é profundamente conflitual. É marcada por uma dimensão agressiva nata, (...) pelas condutas de oposição, com comportamentos destrutivos e com um aspecto sado-masoquista das trocas com a mãe” (Mazet, & Houzel, 1994, p.77). São as disputas do poder na díade, um poder que anteriormente pertencia quase exclusivamente à mãe.

Na *terceira fase* descrita por Ana Freud (1987), ainda durante a fase anal, a criança com base numa relação suficientemente boa oferecida pelo objecto primário, acaba por se identificar à mãe e ao ambiente, incorporando as normas e regras sociais que lhe foram ensinadas, convertendo-as em partes integrantes do ego e superego, que posteriormente, se consolidarão com o acesso ao Complexo de Édipo. A defecação ganha um carácter comunicacional e expressivo nas relações objectais da criança. “A aceitação de se submeter ao desejo da mãe, de lhe oferecer as fezes, implica a renúncia ao domínio dos prazeres regressivos em proveito de benefícios relacionais, permitindo a aceitação e depois a interiorização das regras sociais” (Schmit, 2004, p.324). A partir daqui, os esforços de asseio e a necessidade de limpeza já não dependem do exterior, mas da própria criança que os incorporou (Ana Freud, 1987). Contudo, “o controlo anal pré-edípico permanece vulnerável, e especialmente no início da terceira fase, dependente dos objectos e da estabilidade das relações positivas entre eles (...) A criança gravemente decepcionada com a mãe, ou separada dela, ou sofrendo de uma perda objectal de qualquer tipo, pode não só perder o impulso interiorizado de ser asseada mas também reactivar o uso agressivo da eliminação” (Ana Freud, 1987, p.70).

Na *quarta e última fase* o controlo quer da bexiga quer dos intestinos consolida-se e individualiza-se das relações objectais, adquirindo o estatuto de uma preocupação da própria criança e simultaneamente uma forma de esta assumir e afirmar a sua autonomia crescente (Ana Freud, 1987). Assim, entre os 12 e os 18 meses e os 3 anos, a zona erógena dominante é o ânus, e a criança retira prazer da retenção e da evacuação, interessando-se muito pelas fezes, procurando obter alguma ressonância afectiva por parte da mãe em relação ao seu interesse. As fantasias inconscientes libidinais e agressivas da criança nesta fase são bastante ricas, e centram-se nas fezes e no seu significado simbólico, o tesouro, algo precioso, que pertence a uma parte do self, e que se tem medo de perder (Edgcombe, 1978). A proibição e adequação às regras sociais são marcas evidentes do fundamental da construção psíquica inerente ao princípio da realidade, em que a emergência do íntimo e não partilhado (por exemplo, o fechar a porta da casa de banho) assume um

significado psíquico de individuação, apesar da dependência real e afectiva ainda bastante significativa na criança. Com o ultrapassar desta fase, o interesse pelas fezes e pelo prazer anal, vai sendo progressivamente abandonado, dando lugar ao investimento fálico, fase de interesse e redescoberta das diferenças entre sexos, de preparação para a integração dos componentes parciais da pulsão sexual com o acesso à genitalidade, e de preparação para o Complexo de Édipo/Electra (Ana Freud, 1987).

A questão da aquisição do controlo esfinteriano está intimamente relacionada com o processo de separação-individuação descrito por Mahler (1975), nomeadamente a fase de *reaproximação* (aproximadamente aos 15 meses, sendo que a fase anal atravessa todo este processo até à aquisição do sentimento de individuação e a constância objectal que o alimenta), em que os desejos de autonomia e a necessidade de depender surgem com maior intensidade e são conflituosos entre si. Na opinião de De Saussure (citado por Santos & Caldas, 1972) está em questão a imaturidade representacional, sendo que a constância objectal não foi ainda suficientemente constituída. A possessividade da criança em relação ao objecto de amor (e também ao objecto fecal) relaciona-se assim, com a dificuldade de o guardar na sua ausência. Neste sentido, os objectos transicionais (Winnicott, 1958, 2000) desempenham também um papel fundamental na gestão da angústia de separação, e consequente aquisição progressiva da constância objectal (Mazet, & Houzel, 1994).

O treino do controlo esfinteriano é uma batalha psicológica entre os pais e a criança. É a batalha pelo controlo, é o confronto entre o princípio do prazer e da realidade, entre o desejo de autonomia e a necessidade de afecto e dependência (Liebert, & Fischel, 1990). Os cuidados maternos de limpeza inerentes a uma relação de maior dependência com a mãe, são também importantes, visto serem momentos privilegiados de cuidados e de satisfação no contacto pele-a-pele (a importância do toque e das carícias) (Ajuriaguerra, 1986), que ganha significado particular, numa relação em que outras práticas carinhosas e afectuosas sejam mais raras. Além disso, a criança terá de aprender a ser continente de si mesma, escolhendo com cuidado *o que se guarda, e o que se expulsa/rejeita*.

2.2. Características Psicológicas da Criança com Encoprese

O estudo psicodinâmico de 36 *crianças encopréticas* realizado por Cramer et al (citados por Soulé, Lauzzanne, & Colin, 2004) ofereceu um contributo relevante no sentido de se compreender se se verificavam padrões típicos, em termos da *organização da personalidade*, inerentes à manifestação do sintoma encoprese. Os autores verificaram que na grande maioria dos casos (26 casos), estava em questão uma *organização neurótica da personalidade*, o que acaba por contrariar a associação entre o sintoma e a tendência para a associação na clínica infantil com a psicose ou organizações psicóticas da personalidade. Em organizações da personalidade no nível pré-psicótico

ou psicótico, o sintoma encoprese acabava por se tornar secundário na relação com o quadro patológico global.

Complementarmente, Kreisler, Fain & Soulé (1981) detalharam alguns perfis típicos das crianças encopréticas: 1) *o tipo delinquente*, em que o sintoma teria uma conotação agressiva bastante forte e congruente com uma atitude de desautorização das regras sociais em todo o comportamento da criança; a imaginação e o pensamento encontram-se empobrecidos, existindo uma tendência clara para o agir em vez de pensar; 2) *o tipo passivo*, em que a passividade, a autonomia abafada, a carência, o medo da perda e do abandono, e a imaturidade seriam os traços mais preponderantes, normalmente crianças provenientes de meios carenciados, sendo o corpo da criança, as suas fezes, e o acto da defecação pouco investidos por parte dos seus objectos de amor, e em que os mecanismos auto-eróticos de retenção com uma função compensatória são significativos; 3) *o tipo perverso*, em que o componente auto-erótico é o mais saliente, sendo considerado um equivalente masturbatório anal, a criança isola-se para controlar as fezes, num movimento de vai-vem, e os episódios encopréticos, acontecem por acidente, partilhando com os outros tipos o empobrecimento da vida fantasmática.

O comportamento encoprético normalmente tem uma representação bastante alargada na totalidade da personalidade da criança, sendo o seu impacto bastante significativo. A combinação de um pensamento aparentemente empobrecido, sinais de agressividade pouco elaborada, as tendências auto-punitivas, e a tendência para uma auto-estima regulada externamente, são traços salientes nestas crianças (Arruffo, Ibarra, & Strupp, 2000). A criança está demasiado dependente ou excessivamente próxima de um dos pais (normalmente, a figura materna). Sente-se só e isolada, e apenas consegue funcionar num sistema relacional dual, em vez de num sistema relacional maduro entre pelo menos três pessoas (Pine, citado por Arruffo, Ibarra, & Strupp, 2000).

Além disso, as crianças encopréticas quando em comparação com crianças da mesma idade sem a sintomatologia, evidenciam segundo a *Child Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach, 2001), maiores níveis de ansiedade e depressão, problemas sociais e dificuldades atencionais (diferença significativa), apesar se não alcançarem valores clinicamente significativos. Curiosamente, as mães das crianças encopréticas e as professoras, salientam aspectos diferentes e complementares em relação ao sofrimento psicológico destas crianças, sendo que *as mães atribuem aos seus filhos valores mais elevados de ansiedade e de depressão, e as professoras tendem a perceber estas crianças como mais agressivas*, como se a escola fosse um contexto onde apesar de tudo, alguma agressividade pode ser escoada no contexto relacional, em detrimento da vida familiar que sentem necessidade de proteger e preservar (Cox, Morris, Borowitz, Sutphen, 2002).

Complementarmente, verificou-se que na opinião dos pais, as crianças encopréticas evidenciavam a presença de traços ansiosos, baixa tolerância à frustração, dificuldades na afirmação

pessoal, dificuldades na gestão da agressividade, com tendência para a inibição excessiva da mesma ou expressão indiferenciada e descontrolada, excessiva dependência da mãe, menos interesse e investimento nos contactos sociais e actividades lúdicas com os colegas e com os próprios pais, quando em comparação com crianças sem a sintomatologia (Bellman, citado por Ajuriaguerra, 1986). Ainda neste sentido, Santos & Caldas (1972, p.11) descrevem as principais atribuições que os pais da criança fazem ao sintoma encoprese, tais como: 1) “a circunstâncias acidentais, tais como a entrada para a escola, vergonha de ir à casa de banho, etc (acidental); 2) a doença orgânica; 3) Preguiça, teimosia, oposição, excitação, turbulência (comportamento); 4) “nervosismo”, “complexos”, “inversão sexual”, “nojo de se lavar”, etc (ansiedade)”.

O funcionamento psicossomático na criança normalmente implica a falência dos mecanismos psíquicos defensivos inerentes aos conflitos habituais típicos da evolução psico-afectiva, quer por carência ou dificuldade na sua edificação, quer pelo exceder dos recursos da criança, face a determinada tarefa de desenvolvimento. A realidade afectiva e psíquica da criança tende a empobrecer quando o corpo é sobre-utilizado na gestão da vida pulsional (Kreislér, Fain & Soulé, 1981). Neste sentido, é importante destacar a frequência da *persistência de dificuldades de aprendizagem* em crianças encopréticas ou que já ultrapassaram o sintoma, é um dado preocupante. Santos & Caldas (1972, p.10) defendem que nestas crianças existe uma “perturbação do eu que se refere a um bloqueio para as actividades intelectuais”, propondo que este bloqueio possui uma natureza afectiva. É a ausência de curiosidade pelo mundo (e portanto pela escola também).

Partilhamos da perspectiva dos autores, em relação ao significado deste bloqueio para as actividades intelectuais, lembrando a ligação com a organização da modalidade operatória de funcionamento no adulto. Uma criança que se aproxima da idade escolar, e portanto do período de latência, e que ainda necessita de recorrer a processos de gestão afectiva e conflitual que dependem do corpo e da perturbação do seu funcionamento, predispõe-se, a nosso ver, e caso esta estratégia de gestão emocional persista, à organização futura de um funcionamento mais próximo do funcionamento psicossomático e do pensamento operatório.

Na tentativa de estabelecer um paralelismo, entre a perturbação psicossomática do adulto e o seu equivalente na criança, fala-se de neurose do comportamento ou *comportamento vazio* na criança, para descrever o que parece ser um precursor da organização do pensamento operatório e funcionamento alexitímico no adulto, sendo que em ambos se procura salientar o vazio simbólico e afectivo, e o carácter mecânico e desvitalizado da acção e do brincar na criança, e do pensamento e a acção do adulto com tendências para a expressão psicossomática do sofrimento psicológico (Kreislér, Fain, & Soulé, 1981).

Esta tendência para a pobreza da vida fantasmática, apenas faz sentido tornar-se manifesta caso o bloqueio perdure ao longo do desenvolvimento como estratégia ou modalidade de

funcionamento preponderante, sendo que, a nosso ver, pode ser considerada como *um factor de risco para o desenvolvimento de uma forma operatória e defensiva de pensamento* (que é sempre uma questão de grau, visto que existem sempre outros recursos complementares).

2.3. Compreensão Psicodinâmica do Sintoma Encoprese

O carácter psicogénico da encoprese foi primeiramente reconhecido em 1882 por Fowler e, já em 1905, a importância do contexto relacional da criança mais especificamente das relações familiares, tinha sido reconhecida como factor fundamental para a compreensão da etiologia do sintoma (Drake, 2005).

Com o caminhar no desenvolvimento e na maturação, a criança complexifica as suas estruturas psíquicas, tomando para si muitas das tarefas asseguradas pela figura materna (Edgumbe, 1978). É a autonomia sanígena, que se constrói sob uma base afectiva segura que o permite e potencia. Na aquisição do controlo esfíncteriano, a criança necessita de encontrar um acolhimento *estimulante e potenciador* desta aprendizagem no seu contexto relacional, dando-se particular ênfase ao papel do objecto de vinculação primário (a figura materna). A *fase anal do desenvolvimento psicosssexual* exige uma nova adaptação na díade, e coloca à mãe e à criança, novos desafios. A capacidade da mãe organizar e fomentar interacções que são relativamente previsíveis (securizantes), e simultaneamente, criativas (fomentam a aprendizagem) é absolutamente fulcral também nesta fase de desenvolvimento. Na aprendizagem do controlo dos esfíncteres, “a criança necessita de uma responsividade consistente por parte das pessoas à sua volta para reforçar os seus esforços de compreensão e interpretação dos seus sinais ou experiências corporais e psíquicas, e para descobrir novas formas (além das corporais) para expressar os seus sentimentos” (Edgumbe, 1978, p. 59).

A criança encoprética encontra-se *fixada e/ou regredida ao conflito da fase anal*, sendo que as defesas típicas desta fase do desenvolvimento psicosssexual não estão suficientemente organizadas (e.g. Edgumbe, 1978). Por norma, se o controlo esfíncteriano nunca foi conseguido (*encoprese primária*), isso poderá ser sinónimo de um bloqueio no desenvolvimento psicosssexual com respectiva *fixação* a esta fase. Na prática clínica, verifica-se uma associação deste tipo de encoprese com contextos de negligência afectiva, indisponibilidade ou desinvestimento na implementação dos hábitos de higiene, sendo que o funcionamento egóico e superegóico da criança carece de estruturação e organização, predominando um funcionamento caótico e imprevisível com dificuldades importantes de adaptação à realidade (Anthony, citado por Ajuriaguerra, 1986). Grande parte do que as fezes e o controlo esfíncteriano representam para a criança depende do olhar e investimento do outro significativo. Em crianças carenciadas (quer seja uma carência global, ou predominantemente afectiva), o corpo e as fezes da criança são frequentemente *sub-investidos* pelos

seus objectos de amor, o que priva a criança desta aprendizagem e redefinição das fezes como presentes/ofereidas na relação com o outro significativo, base da aquisição do controlo esfíncteriano e da internalização das regras de higiene inerentes à socialização (Schmit, 2004). O afastamento real ou simbólico da figura materna neste conflito também é um factor significativo, em que a falta de tempo, coerência e disponibilidade para uma aprendizagem fulcral como a aquisição do controlo esfíncteriano é uma preocupação consciente e manifesta nestas famílias (Riccelli, 2003).

Se o controlo foi conseguido durante um período de tempo e depois foi perdido (*encoprese secundária*), poderá tratar-se então, de uma situação de *regressão*¹² a fases mais precoces do desenvolvimento (Edgcumbe, 1978). A regressão poderá ser precipitada por um acontecimento traumatizante, ou por a imaturidade ou fragilidade psico-afectiva da criança no abordar os conflitos típicos da sua idade, nomeadamente, com o acesso à fase fálica. O foco da caminhada regressiva depende muitas vezes de áreas pré-existent de vulnerabilidade (Edgcumbe, 1978).

A forma de condução da *educação esfíncteriana* por parte dos pais da criança é obviamente um factor importante, estando muitas vezes, o ensino rígido e precoce associado à organização da *encoprese secundária*, que origina uma consolidação frágil desta nova aquisição desenvolvimentista, em que o ego e super-ego parecem estruturar-se com excessiva exigência, apresentando a criança uma atitude de pseudo-maturidade (Anthony citado por Sugarman, 1999).

Neste sentido, Warson (citado por Santos & Caldas, 1972) defende que muitas vezes, subjacente a esta excessiva rigidez ou precocidade da introdução da aprendizagem esfíncteriana,

¹² Na compreensão da gravidade e extensão da desorganização inerente ao desenvolvimento do sintoma encoprese, Ana Freud (1987) defende que é necessário compreender que dinâmicas estão presentes na regressão e/ou fixação patológica, que função pode estar a desenvolver o sintoma no seu contexto familiar específico, compreendendo que este poderá ter significados bastante díspares. A autora refere que uma criança pode ter regredido à fase anal, face à rivalidade com o pai e às fantasias de posse da mãe como objecto de amor edipiano, mas ao fazê-lo reactiva a sua concepção *fantasmática* de mãe pré-edípica, intensificando o seu apego, prepotência e desafio face à mesma (*regressão em relação ao objecto de investimento pulsional*). Se for este o conflito em causa, as relações actuais da criança e a natureza do investimento libinal, podem ficar em grande parte preservados. Contudo, se esta regressão se acompanha por uma perturbação nas relações de objecto interiores e exteriores, a gravidade da regressão é maior, retornando a criança a um estado de apego anaclítico em que a constância objectal pode estar momentaneamente comprometida, sendo que o sofrimento psicológico aqui é mais considerável (*regressão em relação à finalidade do investimento pulsional*), estando em causa a satisfação de necessidades de amor e afecto mais primitivas e que põem em causa o narcisismo primário da criança, isto é, a qualidade da internalização do amor do objecto primário. Por último, é possível que a criança regreda também ao nível da escolha da *forma de descarga da energia libidinal*, “(...) sempre que isto acontece, a masturbação fálica desaparece totalmente e é substituída por impulsos para comer, beber, urinar ou defecar no auge da excitação. (...) As manifestações mais graves, evidentemente, são aquelas em que as três formas de regressão sexual (de objecto, finalidade e método de descarga) ocorrem em simultâneo” (Ana Freud, 1987, p.88).

estão importantes dificuldades de *identificação, do objecto de vinculação primário, ao prazer pela sujidade e interesse/investimento nas matérias fecais*, que as crianças apresentam nesta fase. Os cuidadores da criança (particularmente a figura materna), por vicissitudes do seu próprio desenvolvimento psicossexual, teriam então mais dificuldades na identificação com os afectos primitivos subjacentes à fase anal, o que acabaria por reforçar defensivamente as próprias defesas psíquicas erguidas face aos seus próprios afectos primitivos, transpostos para a actualidade da dinâmica inconsciente na relação com a criança. Falamos particularmente, dos mecanismos defensivos ligados às formações reactivas e às tendências defensivas obsessivas dos quais deriva o gosto intrínseco pela limpeza, ordem, e arrumação. Como referem Santos & Caldas (1972) esta dificuldade parece oferecer um contributo relevante para a maneira como a criança concebe, organiza e aborda as dinâmicas inerentes à fase anal do desenvolvimento psicossexual. As mães das crianças encoprélicas tendem « (...), no seu papel de ajudar a criança a libidinalizar as diferentes funções no sistema vital, (...) elas próprias a utilizar comportamentos que se sustentam em mecanismos defensivos obsessivos. Assim, em vez de ajudarem a criança a ultrapassar as suas angústias arcaicas, acabam por reforçá-las » (Soulé, Lauzzanne, & Colin, 2004).

No estudo de Bellman (citada por Machado, 1980) verificou-se que as mães das crianças encoprélicas quando em comparação com o grupo de controlo, tinham uma maior tendência para a ansiedade, emotividade e indulgência, sendo que quando as crianças manifestavam os acidentes encoprélicos, reagiam com bastante agressividade e rejeição, castigando ou mostrando raiva da criança. Também o receio mais ou menos consciente de fracasso por parte dos cuidadores no seu papel parental (baixa auto-estima parental) acabava por resultar num comportamento face à criança de pouca tolerância ao erro, sentido como “ao fracasso” na educação esfínteriana. A função esfínteriana tendia a não ser internalizada pela criança, enquanto aspecto da sua personalidade e autonomia, ficando dependente da relação com o principal cuidador, maioritariamente a mãe.

A outra face do conflito envolve a consciência cada vez mais precisa e madura, por parte da criança, em relação à *dependência* para com a mãe, enquanto objecto *separado de si* (incontrolável e passível de ser perdido), simultaneamente frustrante e gratificador. O conflito central relaciona-se com o medo da perda do amor do objecto, e simultaneamente, o medo da perda do próprio objecto, e da relação de apoio da qual a criança depende para a sua sobrevivência afectiva, psíquica e física (Edgcumbe, 1978). Muitas vezes, o sintoma da encoprese pode ser um dos muitos sintomas que a criança organiza no sentido de chamar a atenção da sua carência e da necessidade de depender da proximidade e dos cuidados maternos (Edgcumbe, 1978). Uma carência afectiva que tem história, para a qual se busca alguma satisfação através desta estratégia regressiva, e dos benefícios secundários dos cuidados de limpeza proporcionados pela mãe depois do episódio da encoprese. O contacto pele-a-pele, o cuidado do corpo que a mãe oferece acaba por proporcionar à criança um

momento de interacção privilegiado, de partilha genuína e de mutualidade, em que a criança se sente segura, cuidada, acariciada e dispondo da atenção da figura materna (Edgumbe, 1978).

Apesar de tudo, estas dinâmicas inconscientes têm necessariamente uma natureza *bidireccional e relacional*, em que ambos os elementos da díade estão implicados, na sua organização e manutenção. A criança pode realmente procurar satisfazer as *suas* necessidades de dependência da forma descrita, contudo a investigação clínica, diz-nos a importância de não se negligenciar, a capacidade inconsciente da criança, em “intuir” as próprias necessidades do objecto materno. Na verdade, a própria mãe poderá, dadas as suas próprias carências afectivas *actuais* e/ou *derivadas da sua história de desenvolvimento*, *pode necessitar excessivamente* da dependência da criança, e nesse sentido, contribuir inconscientemente para a manutenção do sintoma (Edgumbe, 1978). O *sobre-envolvimento* na relação mãe-criança (com hiper-protecção, zelo excessivos e **compensatórios**, da agressividade latente/rejeição na relação primária, e/ou da falência de um envolvimento afectivo a nível intra-psíquico, representante da dificuldade de guardar o objecto de amor, e de manter o investimento afectivo, na ausência da relação concreta) é um dado sistemático na literatura clínica (e.g. Kreisler, Fain, Soulé, 1981, Santos & Caldas, 1972; Boubli, 2001), e como referem Santos e Caldas (1972, p. 13), “de uma maneira geral, estas mães parecem-nos frustradas na sua própria infância e no seu casamento, tendo estabelecido uma relação muito próxima com a criança, sobretudo no que respeita às exigências escolares e sociais – são em geral rígidas e meticolosas, perfeccionistas e obsessivas.” (Santos & Caldas, 1972, p.13).

Nesta concepção introduz-se um novo elemento que complementa a dinâmica familiar tipicamente associada à organização do sintoma encoprese, ou seja, a problemática da ausência da figura paterna quer seja simbólica, por demissão das funções parentais, ou real. Este factor tem sido sistematicamente apontado nas famílias destas crianças (e.g. Bemporad, Pfeifer, Gibbs, Cortner, & Bloom, 1971; Liebert, & Fischel, 1990; Mazet, & Houzel, 1994). Arruffo, Ibarra, & Strupp (2000) falam de uma importante “*fome de pai*” em todos os casos de crianças encopréticas observados, e que acaba por contribuir para a organização, nestas crianças, de “(...) relação muito próxima com a mãe que se sente muitas vezes frustrada afectivamente na sua relação com o marido” (Santos & Caldas, 1975, p.3). Segundo Erickson (citado por Stisman, 1999) esta dinâmica contribui para a dificuldade na organização da triangulação, ficando a criança presa, num ciclo de amar o pai e não a mãe *ou* amar a mãe e não poder amar o pai, o que conduz a uma alternância entre “actos retentivos e actos eliminatórios” na gestão fragilizada da ambivalência relacional.

De forma complementar, cerca de 72 % dos pais das crianças encopréticas no estudo de Santos & Caldas (1972), manifestavam maior preocupação com a adaptação escolar da criança, do que propriamente com o sintoma. Vale a pena reflectirmos sobre as motivações desta tendência significativa para a negação da importância da problemática da encoprese.

A importância desta aparente *aceitação inconsciente* verificada em grande parte das famílias das crianças encoprélicas parece bastante relevante, visto que poderemos estar perante uma evidência concreta da valorização inconsciente do lado mais anaclítico na relação mãe e criança, e que ganha especial interesse quando conjugada a tendência para a forclusão da figura paterna na dinâmica familiar, descrita sistematicamente na literatura clínica sobre a encoprese.

A criança encoprélica poderá inconscientemente preencher o vazio de uma relação conjugal marcada pela ausência e pela distância afectiva, na relação de casal, que resulta num sobreenvolvimento compensatório da mãe com os seus filhos, que serve a função de preencher um vazio e tristeza por parte da figura materna, ligados sofrimento inerente à vida conjugal, e a criança inconscientemente intui (Santos & Caldas, 1972). Esta hipótese poderia ajudar à compreensão da *resistência* do desaparecimento do sintoma, e da infrequência da manifestação do mesmo com a *entrada para a adolescência*, época de explosão pulsional e de inevitável desinvestimento das figuras parentais em detrimento de relações alternativas com os pares, principalmente no que diz respeito à sexualidade, tornando intolerável uma relação de maior dependência entre mãe e criança (principalmente em crianças do sexo masculino).

Apesar disso, importa referir que estes padrões familiares não são específicos da organização do sintoma encoprese, visto serem frequentemente associados à organização de grande parte dos sintomas ou patologias psicossomáticas (e.g. Silva, 1991; Kreisler, Fain, Soulé, 1981; Boubli, 2001). Complementarmente, e compreendendo que grande parte das conclusões teóricas apresentadas, se baseiam na análise de casos clínicos, no momento da manifestação do sintoma, é difícil afirmar com alguma certeza que estes possuem um contributo etiológico na organização da sintomatologia. As dúvidas são menores em relação ao contributo que poderão estar a exercer na *manutenção* do sintoma (Liebert, & Fischel, 1990).

Também Billon-Galland (1999) defende que na organização do sintoma encoprese está em causa uma necessidade, por parte destas crianças, de *neutralização das diferenças entre sexos*, regredindo a criança à fase anal do desenvolvimento psicosssexual, ou seja, a uma fase em que está em questão um tipo de relação de objecto, investimento e *satisfação pulsional* que é dependente de mecanismos *equivalentes no homem e na mulher*. O sintoma de encoprese, seria assim, revelador de dificuldades na edificação dos objectos de amor edipianos, típicos de um acesso sanígeno à triangulação, e de perturbações na identidade sexual, com elaboração insuficiente da oposição masculino/feminino, e da diferença entre os sexos. Esta dificuldade ganha um significado importante, quando reflectimos sobre a predominância do sintoma da encoprese no sexo masculino, e a já descrita relação de *sobre-envolvimento com a figura materna*, e a *ausência de um modelo identificador masculino*, no acesso destas crianças à fase fálica do desenvolvimento psicosssexual, com emergência da genitalidade infantil.

Ainda neste sentido, os desejos eróticos típicos da fase edipiana, em relação ao objecto de amor materno podem, na ausência do interdito paterno, contribuir como factor etiológico da regressão/fixação à fase anal nestas crianças (Prugh, Werner & Lord, 1954); Billon-Galland, 1999). Assim, na ausência da figura paterna como representante da realidade, da lei e do proibido, a criança toma para si o seu papel, substituindo-o e restringindo a sua sexualidade a fases de maior imaturidade. A dinâmica de *pseudo-triangulação* entre *mãe-criança-corpo*, em que o *corpo* ocupa o lugar da *função paterna* (Kutter, 2001), mencionada na primeira parte do enquadramento em relação à generalidade da patologia psicossomática, ganha um relevo particular no caso específico da encoprese. É curioso observar, que grande parte da problemática inerente à *encoprese* se relaciona precisamente, com esta *dificuldade de integração das regras sociais* e normas de higiene, dos *limites* do prazer (renúncia ao prazer anal), em grande parte representantes do papel da figura paterna na introdução dos limites à relação simbiótica mãe-filho e na introdução do princípio da realidade, cruciais na construção do psiquismo da criança (Santos & Caldas, 1972).

De facto, a partir da análise dos relatos de casos clínicos de Kennedy (1975), de crianças com bloqueio intelectual de origem afectiva e encoprese, emerge outra dinâmica interessante como hipótese explicativa da necessidade da criança encoprética em regredir e/ou fixar-se ao estágio anal do desenvolvimento psicosexual, face ao acesso à fase fálica e aos conflitos edipianos. Na presença do sintoma encoprese verificou-se a importância da *discrepância entre a identidade sexual sonhada por parte da figura materna e a identidade sexual real da criança*, sendo este um factor diferenciador em relação aos casos de bloqueio intelectual sem a presença de encoprese. Num dos casos, além desta discrepância a mãe da criança receava todos os aspectos relacionados com o estereótipo da masculinidade, tal como a *agressividade*, oferecendo casas de bonecas ao filho, apesar de estar consciente que ele não gostava delas, mascarando alguma permissividade em relação às dificuldades na aquisição do controlo esfíncteriano, que mesmo assim, acabavam por ser mais confortáveis do que o *choque* que seria obrigar-se a *processar o seu filho como ser sexual masculino*. Este rapaz identificava-se à exigência inconsciente materna de continuar a ser um bebé pequeno e passivo, certamente face ao receio de uma possível rejeição por parte do objecto materno, caso, realmente encarnasse e incorporasse a sua identidade sexual masculina.

Outro factor extremamente importante para a compreensão da encoprese é a evidência segundo Rosenfeld (citada por Sugarman, 1999) de uma dificuldade relativamente nítida por parte do objecto materno, em *tolerar o lado agressivo e hostil da criança*, que no conflito anal, se amplifica na tentativa da criança de afirmação da sua autonomia. Assim, tanto a retenção como a *emissão inapropriada* das fezes pode ser compreendida como uma tentativa inconsciente de reclamar, ainda que de forma passiva, uma parcela da sua autonomia (Edgcumbe, 1978).

Além disso, a compreensão do sintoma enquanto forma expressiva da raiva e agressividade inerentes à vida psíquica e relação objectal também é significativa. O próprio sintoma parece “corporizar” um sentimento de ambivalência típico, entre o guardar/reter e o largar/expulsar, que se mantém aquém da simbolização (Drake, 2005). A aceitação do controlo esfíncteriano conduz directamente a um aumento da autonomia da criança, uma autonomia que ambos os elementos da díade deverão suportar e promover, contando com a figura paterna como impulsionador deste processo, e mediador da apresentação da realidade à criança. “A criança encoprética, estando submetida a fortes tensões ou rigorosas normas educativas, submete-se retendo as fezes, como retém a agressividade. O baixo limiar para a expressão da agressividade, vai a par com o baixo limiar para suportar o constrangimento do domínio esfíncteriano. Incapaz de suportar a contenção, a criança exprime a sua agressividade pela expulsão das fezes” (Santos & Caldas, 1972, p.31).

Na base da *inibição da expressão da agressividade* por parte da criança encoprética parece estar o receio ou fantasia de que a sua agressividade possa conduzir à *perda* do vínculo com o objecto materno. Se o objecto materno receia ou rejeita, de forma mais ou menos inconsciente, a agressividade do seu filho, devido a vicissitudes da sua história de vida, ela pode inconscientemente passar a mensagem inconsciente ao seu filho, de que a agressividade não aceite na relação, acabando a criança por utilizar a encoprese como forma alternativa da sua expressão deslocada da relação mãe-criança (Edgumbe, 1978). Em síntese, o sintoma parece ter uma função de expressão de agressividade de forma *passiva*, numa relação que oscila entre a *dependência* ou sobreenvolvimento e a hostilidade, num contexto familiar específico, marcado pela ausência (real ou simbólica) da figura paterna (Santos & Caldas, 1972).

A dinâmica inerente à compreensão do sintoma complica-se ainda mais, quando a compreensão do sintoma encoprese como forma de expressão emocional negativa, se contrapõe e complementa, noutras crianças, com o *excessivo prazer* que parecem retirar do funcionamento intestinal, na linha do *auto-erotismo regressivo*. Aqui, o comportamento retentivo pode ser compreendido como *equivalente masturbatório* (Arruffo, Ibarra, & Strupp, 2000), isto é, uma estratégia de *auto-estimulação anal* que servem uma função de reparação narcísica, e denuncia carências afectivas de natureza precoce (Ajuriaguerra, 1986; Mazet, & Houzel, 1994).

Considerando o esforço de retenção, do qual resultam os acidentes encopréticos, como uma *actividade de auto-estimulação*, é importante considerar o significado psicológico de auto-consolo por parte da criança numa atitude inconsciente de desistência e desinvestimento relacional dada o seu sentimento de solidão, carência e tristeza (Edgumbe, 1978). Um esforço de auto-controlo das necessidades afectivas, e um desacreditar da capacidade das relações afectivas para satisfazerem as suas necessidades inatas de apoio, aconchego e carinho. Neste sentido, Roy (2002) defende que o auto-erotismo da retenção procura compensar a insatisfação relacional com os objectos de amor.

Além disso, este componente auto-erótico do sintoma parece possuir uma função de organizador da vida psíquica face a angústias precoces, assegurando *uma sensação de existir*, ligada a um auto-erotismo defensivo que recria o sentimento de unidade do seu corpo em torno da satisfação erótica anal (Kreislner, Fain, & Soulé 1981).

A criança encoprética guarda o objecto fecal (ou o objecto de amor), até ao limite das suas forças, de domínio. A sensação de vazio após a defecação, e a dinâmica entre o reter e expulsar, e a importância da capacidade para “expelir” o negativo, mau, também poderá servir uma dinâmica depressiva, estando subjacente “(...) uma alteração profunda da personalidade correspondente a um comportamento sado-masoquista” (Santos & Caldas, 1975, pp.2-3). Este esforço de guardar, reter, coleccionar, quase indiferenciadamente, encontra expressão também noutros objectos (pedras, berlindes, metais, colecções...), e muitas vezes acaba por ser sinal de alguma elaboração simbólica ou transicional da problemática que também pode ser apenas vivida, ao nível do corpo e da função excretória (Soulé, & Lauzanne, 1985). Está implicada uma economia depressiva nestas crianças, que não é elaborada psiquicamente, transparecendo o que denomina de *atonía depressiva* (Roy, 2002) que lembra os conceitos de *depressividade* e/ou *depressão falhada* de Coimbra de Matos (2003). Neste sentido, Sugarman (1999) destaca o papel da organização de um *super-ego precoce* extremamente severo e punitivo defensivo (lembramos a noção de *superego corporal* de Sami Ali (1999)) face a estes núcleos depressivos latentes na organização da personalidade destas crianças, sendo que os “acidentes” encopréticos podem estar relacionados com uma necessidade/desejo inconsciente de punição, mitigador de uma culpabilidade excessiva, não mentalizada.

Para Kreislner, Fain, & Soulé (1981) a encoprese é uma *passagem ao acto no próprio corpo* (*acting in*), em que se destacam alguns factores comuns, tais como: 1) desinvestimento do mundo exterior, particularmente, do mundo relacional, com refúgio compensatória no auto-erotismo inerente à retenção das fezes; 2) um distúrbio do investimento fantasmático do próprio corpo da criança, em que “o controlo erotizado das fezes, e depois a sua expulsão parecem compensar um sentimento de incerteza quanto aos limites do corpo e do Ego, (...) em que a erotização da excreção continua a ser o único elo com o mundo” (p.350). Neste sentido, também Santos & Caldas (1972) defendem que “a retenção do excremento e o erotismo que ela provoca compensam a insegurança que resulta da fraca consciência, que parece haver nos encopróticos dos *limites do corpo e do meio exterior*” (p.34).

A analidade traduz efectivamente uma regulação corporal que permite a diferenciação entre um interior e um exterior, a aceitação de um adiamento na procura de satisfação, e a construção de um “espaço” que é corporal (antes de ser psíquico) base da organização da representação do objecto interno e da aquisição da sua constância intra-psíquica (paralelismo entre o intestino como espaço corporal contentor do objecto fecal, com o espaço psíquico e a representação do objecto interno)

(Billon-Gallard, 1999), profundamente dependentes da consolidação do *Eu-pele* (Anzieu, 1995), ou *pele psíquica* (Bick, 1991). O mecanismo auto-erótico, gerador de um pano de fundo sensorial dependente do funcionamento intestinal, permite a organização de uma situação em que a criança consegue ser *continente e conteúdo de si própria* (Billon-Gallard, 1999), e paralelamente readquirir um *sentimento de continuidade existencial*, apesar da sua natureza primitiva e *sensorial*. Também, a perda/inorganização da intimidade e vergonha no acto da defecação (Santos & Caldas, 1972) traduz, metaforicamente, a *desorganização da sua intimidade psíquica*, ou do espaço de interioridade contentor do psiquismo da criança.

A organização do sintoma *encoprese* traduz a nosso ver a *fragilidade* da organização do intestino como *segunda pele* (Bick, 1991), *um envelope defensivo e poroso*, que não consegue a contenção do psiquismo da criança, e que os acidentes encopréticos parecem traduzir com a dificuldade de contenção das fezes. Complementarmente, a negação dos acidentes encopréticos nestas crianças, deixa antever também, a possibilidade da utilização do cheiro das fezes como *envelope olfactivo* compensador (Anzieu, 1995), que é simultaneamente um mecanismo defensivo secundário de afastamento relacional. Uma necessidade de manter os objectos relacionais à distância, que paradoxalmente despoleta a aproximação para cuidados funcionais de limpeza (em que o *contacto pele-a-pele* é privilegiado) assegurados pelos cuidadores.

Propomos em consonância com esta perspectiva, a possibilidade da *encoprese* exprimir e compensar as dificuldades destas crianças na construção de um *Eu-pele* (Anzieu, 1991) suficientemente contentor, lembrando a organização de um *Eu-pele poroso* (Anzieu, 1991). Desta forma, estabelecemos a ligação da *encoprese* com a generalidade da patologia psicossomática, a partir da dificuldade de organização de uma *interioridade psíquica constante*, fundamento do sentimento de continuidade identitária e existencial, que se constrói através do *contacto pele-a-pele* (Anzieu, 1995) na relação de amor primordial.

Em síntese, terminamos citando Santos & Caldas (1972, p.33), e enfatizando o seu papel fundamental como base compreensiva insubstituível ao trabalho aqui apresentado:

“A encoprose parece corresponder ao desinvestimento do mundo exterior, na medida em que a tendência para o auto-erotismo e a apatia anulam a curiosidade e o interesse pela actividade escolar, sem interesse pelos estudos, nem curiosidade pelo que se passa no meio social, o investimento corporal e a fantasmática corporal são perturbados. O contacto com o exterior deixa de se fazer através do auto-domínio corporal e emocional, mas através de descargas fecais e emocionais. As respostas do meio, em geral a punição podem transformar-se em benefício secundário, se houver perseguição e portanto, apesar de tudo contacto em vez de abandono” (Santos & Caldas, 1972, p.33).

Presente Estudo

Objectivos:

1. Caracterizar em termos afectivos (conscientes e inconscientes) as relações *familiares* tal como são *percebidas* pela criança **com encoprese**, no sentido de se explorarem possíveis *padrões e dinâmicas afectivas* específicas que possam ter implicações clínicas relevantes, nomeadamente: 1) averiguar o grau de envolvimento *percebido e investido* pela criança encoprética na relação com os elementos da sua família (mãe, pai, eventual fratria); 2) explorar a constituição, coerência, integração da *imago* materna e paterna; 3) explorar os sentimentos que a criança encoprética tem em relação a si própria e, 4) compreender se as crianças com encoprese utilizam mecanismos defensivos típicos (p.e. negação, idealização, deslocamento) na gestão da ambivalência, ou se se denotam dificuldades na organização da mesma.

2. Explorar a hipótese proposta por Santos, & Caldas (1972), ou seja, a existência de *um perfil defensivo típico nas mães das crianças com encoprese*, em que se verifica uma tendência para uma predominância de **mecanismos defensivos da linha obsessiva** (e.g. intelectualização, racionalização, isolamento dos afectos, formação reactiva), enquanto um dos factores na rede complexa, interdependente e necessariamente *multi-factorial* inerente à *organização e manutenção do sintoma encoprese*. Esta hipótese coloca-se essencialmente por *duas grandes motivações*, a primeira deriva directamente da natureza do sintoma, visto que a perda do controlo esfíncteriano em relação às fezes (com origem psicológica), pressupõe uma regressão e/ou fixação a uma fase normativa do desenvolvimento psicosssexual, isto é a *fase anal* (fase em que se organizam os mecanismos defensivos na linha obsessiva). A segunda motivação encontra fundamento na revisão bibliográfica efectuada, em que se verificou ser passível pressupor, tal como avançam Santos e Caldas (1975), que as mães destas crianças teriam, pelas vicissitudes do seu desenvolvimento psicosssexual, alguma dificuldade na identificação com os afectos primitivos naturais e típicos desta fase do desenvolvimento (gosto pela sujidade, interesse pelas fezes, investimento das fezes por parte da criança como algo valioso, símbolo de posse e de uma parte de si, etc), sendo que existiria alguma hiper-reatividade em relação a estes afectos e interesses da criança pequena aquando da aprendizagem do controlo esfíncteriano. Esta hiper-reatividade seria alimentada pela excessiva rigidez dos mecanismos defensivos que tipicamente se desenvolvem nesta fase do desenvolvimento psicosssexual por parte das mães destas crianças, exercendo uma influência na relação mãe-bebé (a criança intui que consegue atenção e cuidados extra por parte da mãe, quer pela negativa ou pela positiva, e pode recorrer a isso como estratégia inconsciente com o intuito de obtenção da atenção e/ou cuidados compensatórios de alguma carência afectiva de base), que poderá constituir um ponto de fixação para a mesma, e face a um trauma ou acumulação de micro-traumas, predispor a uma

regressão a esta fase do desenvolvimento psicosssexual, contribuído com um dos factores para a organização e manutenção do sintoma encoprese.

Complementarmente também se verifica sistematicamente na literatura a evidência de um sobre-envolvimento da figura materna na relação com a criança encoprética (compensatório de um vínculo intra-psíquico mais frágil), e que pode contribuir para a **manutenção** da dinâmica relacional inerente ao sintoma (recolha de dados apenas permite inferir quanto ao estado **actual** defensivo, as considerações sobre *etiologia* são limitadas e concebidas exclusivamente como *hipóteses clínicas*).

3. Por fim, como *terceiro objectivo* iniciou-se o processo de construção de um instrumento de recolha de dados qualitativos pertinentes, segundo o referencial psicodinâmico, para a compreensão do sintoma encoprese, o *Questionário Psicodinâmico sobre a Encoprese* (Matos, & Bettencourt, 2008) (neste trabalho apresenta-se apenas um *esboço inicial do questionário*), que possa servir de apoio ao raciocínio clínico e à formulação de hipóteses psicodinâmicas através da recolha de dados anamnésicos pertinentes na compreensão da problemática em questão.

Com base na revisão da literatura efectuada podemos considerar para o presente estudo as seguintes **hipóteses**:

- **Hipótese 1:** As crianças encopréticas (7-12 anos), em comparação com o grupo de controlo, demonstram *sobre-envolvimento* na relação com a figura materna.
- **Hipótese 2:** As crianças encopréticas (7-12 anos), em comparação com o grupo de controlo, caracterizam a relação com a figura materna de forma extremada nos seus aspectos positivos (*idealização da figura materna*).
- **Hipótese 3:** As crianças encopréticas (7-12 anos), em comparação com o grupo de controlo, demonstram inibição dos afectos negativos na relação com a figura materna (quer em termos dos afectivos recebidos, quer em termos dos afectos emitidos).
- **Hipótese 4:** As crianças encopréticas (7-12 anos), em comparação com o grupo de controlo, caracterizam a relação com a figura paterna, como excessivamente negativa *ou* como excessivamente distinta (pobreza afectiva no investimento percebido e emitido).
- **Hipótese 5:** As mães das crianças encopréticas (7-12 anos), em comparação com as mães do grupo de controlo, recorrem preferencialmente a mecanismos de defesa da linha obsessiva, na gestão dos seus afectos libidinais e agressivos.
- **Hipótese 5:**

(Reformulação a partir do Estudo de Caso do Miguel, ver por favor o Anexo II):

As mães das crianças encopréticas (7-12 anos), em comparação com as mães do grupo de controlo, recorrem preferencialmente *a mecanismos de defesa da linha obsessiva*, na gestão

dos seus afectos libidinais e agressivos, e a mecanismos de *repressão, negação, denegação da vida afectiva*.

- **Hipótese 6:** As mães das crianças encopréticas, em comparação com o grupo de controlo, valorizam menos *o contacto pele-a-pele* ao longo do desenvolvimento dos seus filhos (preferindo outras formas de demonstração de afecto, e.g. prendas, comida, etc), e/ou relatam que existiram dificuldades em utilizar o colo e o embalar como estratégias tranquilizadoras ao longo do desenvolvimento dos seus filhos.

Variáveis em Estudo

- **Variável 1:** Caracterização das relações emocionais na família da criança encoprética, tal como percebidas pela **criança.**, a partir das seguintes dimensões: 1) *envolvimento total*, 2) *qualidade do afecto*, 3) *direcção dos afectos*, 4) *sobreprotecção materna e indulgência materna e paterna*, e 5) *os principais mecanismos defensivos das crianças com encoprese*.
- **Variável 2:** Os Mecanismos de Defesa típicos das mães das crianças encopréticas.
- **Variável 3:** A presença do sintoma *encoprese* em crianças entre 7 e 12 anos.

Objectivos Específicos:

- i. Explorar a associação entre as relações emocionais da criança com a sua família (variável 1) caracterizadas pelo Family Relations Test (FRT-revised) (Bene & Anthony, 1978) e a presença do sintoma encoprese em crianças (7-12 anos) (variável 3).
- ii. Estudar **a relação** entre os mecanismos de defesas das mães (variável 2) avaliados pelo Defense Mechanism Inventory (DMI) de Gleser & Ihilevich (1969), e a presença do sintoma encoprese em crianças (7-12 anos) (variável 3).
- iii. Explorar se existem as divergências entre as respostas das mães das crianças encopréticas e as mães do grupo de controlo, em relação ao módulo “**contacto pele-a-pele**” do Questionário Psicodinâmico (Matos & Bettencourt, 2008) (questionário em forma embrionária, a reformular, desenvolver, e validar, em que a sua função nesta investigação é meramente exploratória), e indirectamente através dos *itens afectivos* que se relacionam com o contacto pele-a-pele no *Family Relations Test* (FRT-revised) (Bene & Anthony, 1978) (ver **Anexo III**, itens a negrito).

Método

- Amostra

Para conseguir ter acesso às famílias de crianças encoprélicas, o contexto preferencial para o contacto é o contexto clínico. Nesta sentido, foi estabelecida uma parceria com o *Serviço de Gastreenterologia do Hospital D. Estefânia*, que amavelmente aceitou colaborar neste projecto (para ver um exemplo das *Autorizações para os pais das Crianças*, ver por favor **Anexo IV**). No sentido de reunir o grupo de controlo, estabeleceu-se uma parceria com o *Centro Social de Palmela*, *Centro Social de Poceirão*, e *Centro Social da Quinta do Anjo* (instituições localizadas na Margem Sul), todas instituições que possuem a valência de A.T.L., têm contacto, e uma relação de confiança estabelecida com os pais das crianças utentes, de modo a facilitar o acesso às famílias.

Assim, para este estudo, pretende-se reunir:

- **Grupo Experimental:** 50 crianças, entre os 7 aos 12 anos, que apresentam o sintoma encoprese, e respectivas mães (Amostra de conveniência constituída em parceria com o *Hospital D. Estefânia de Lisboa*)
- **Grupo de Controlo:** 50 crianças sem sintomatologia encoprélica, ou evidência de sofrimento psicológico, e respectivas mães (tentando equivaler este grupo às características do grupo experimental – idade, nível sócio-económico, sexo, etc)

Nota: O encontro com as crianças com sintoma encoprese e suas famílias, será sempre realizado na **primeira consulta médica**, altura em que ainda não foram submetidas a nenhuma intervenção, e em que o sintoma está presente *no momento* das aplicações dos instrumentos psicológicos seleccionados.

- Procedimentos

Foi estabelecido o contacto com cada uma das instituições mencionadas, foi apresentado um requerimento formal (ver **Anexo V**) no sentido de pedir autorização e colaboração para a realização do estudo, e o pedido foi aceite, por parte de todas as instituições (apesar de ter demorado algum tempo a ser dada o parecer, como é natural). A afluência de casos clínicos, em primeira consulta, não foi tão elevada como o esperado inicialmente pelos responsáveis pela serviço, contudo, foi possível estabelecer o contacto com uma família (em regime de 1ª consulta), o Miguel e sua mãe, sobre os quais se construiu o estudo de caso (ver **Anexo II**) exemplificativo da estrutura de investigação proposta.

A aplicação dos instrumentos ao Miguel e sua mãe teve lugar no próprio serviço *Gastreenterologia* do Hospital D. Estefânia, num dos gabinetes médicos disponibilizados para o efeito.

- Instrumentos

1. Family Relations Test (F.R.T-revised) (Bene & Anthony, 1978)

1.1. Caracterização da Prova

Este instrumento psicológico foi construído por Eva Bene e James Anthony do Instituto de Psiquiatria em Londres, em 1957, tendo sido revista pelos mesmos autores, em 1978, sendo esta a versão utilizada na presente investigação: **Family Relations Test (FRT-revised)** (Bene & Anthony, 1985). Esta prova permite aceder e caracterizar as relações familiares, tal como percebidas pela criança, a várias dimensões: 1) caracterizar *o envolvimento/investimento afectivo total* da criança em relação *a família* no global, e em relação *a cada elemento*, incluindo em relação *a si próprio*; 2) averiguar a *qualidade* do afecto (positivo, negativo e ambivalência) atribuído às diversas relações familiares e a si próprio; 3) a *direcção* dos afectos (2 níveis: os afectos que são *investidos pela criança*, e afectos que a criança sente que *são investidos em si*) em relação a cada pessoa da família (tal como é percebido pela criança em questão); 4) a *dependência* (sobreprotecção materna, e indulgência materna e paterna); 5) o grau de *desinibição/inibição* da afectividade (escala de **1-5** pontos); 6) alguns *mecanismos de defesa* que a criança utiliza para gerir o conteúdo afectivo dos itens e a sua associação com as principais figuras de amor, a família (Bene & Anthony, 1985).

Esta prova consegue através de um contexto não intrusivo, lúdico, comportar-se como uma técnica *projectiva objectiva*, de grande simplicidade, em que se obtêm dados quantitativos, sendo o sistema de cotação das respostas bastante acessível (Bene & Anthony, 1985). É muito utilizada em contextos clínicos, e infelizmente, menos na investigação apesar da sua riqueza compreensiva, e vantagens significativas na obtenção de material clínico relevante, não intrusividade, rapidez de aplicação (demora cerca de 25 minutos na sua aplicação), e objectividade (o que é raro na maioria das técnicas projectivas) (Bene & Anthony, 1985).

O *material do teste* é constituído por 21 figuras humanas, cada uma anexada a uma pequena caixinha. Destas figuras, 20 representam de forma ambígua, em silhueta, pessoas de ambos os sexos e de todas as idades, tamanhos e aparências de modo a que possam corresponder aos hipotéticos elementos da família da criança a ser avaliada (incluindo a própria): 4 mulheres, 4 homens, 5 rapazes, 5 raparigas, 2 bebés. A criança terá de escolher destas figuras as que representam a sua família (o que permite averiguar da discrepância entre a família representada e a família real; não é infrequente alguns elementos da família serem excluídos da selecção). Para cada figura à uma pequena caixa que se parece com uma caixa de correio, onde vão ser deixadas as mensagens ou as cartas, que têm uma frase que corresponde a um determinado afecto: positivo, muito positivo (erotizado), negativo ou muito negativo, e dependência. Por fim, a última figura corresponde ao Sr. Ninguém, que tem a função de ser o contentor das mensagens que a criança sente que *não* dizem respeito a nenhum dos elementos da sua família ou a si (Bene & Anthony, 1985).

Fazem parte desta prova dois conjuntos de mensagens diferentes – a **Forma A** e a **Forma B**, que se destinam a crianças mais novas e a crianças mais velhas. A opção por uma ou outra forma é feita *em função da idade e do grau de compreensão da tarefa*, sendo que até aos 6 anos normalmente utiliza-se a **forma A**, e a partir dos 7/8 anos, a **forma B**. Visto que a amostra desta investigação é composta por crianças dos **7 aos 12 anos**, escolheu-se aplicar a *forma B*, no sentido de minimizar a influência da discrepância entre as duas versões nos resultados, e também como forma de simplificação da tarefa. A forma B comporta um total de **86 mensagens** (ver por favor, **Anexo I**) breves com conteúdos afectivos (ver, por favor, **anexo II**). Destes, 68 são itens/mensagens positivos e negativos, moderados (afectuosos/de desagrado) ou intensos (erotizados/agressivos), sendo que 36 são *afectos investidos pela criança* nos elementos da sua família, e 32 são *afectos que a criança sente que recebe* dos vários membros da família. Os restantes 18 itens procuram estudar a *dependência* (tal como percebida pela criança), ou seja, a super-protecção materna, e a excessiva indulgência materna e paterna. Já a **forma A** é mais reduzida, é composta por 40 itens com categorias de afectos equivalentes à forma B, afectos positivos, muito positivos (erotizados), negativos, muito negativos (agressivos), e a dependência (Bene & Anthony, 1978).

A *situação de teste* inicia-se com o estabelecimento da relação entre a criança e o experimentador, com o intuito de constituir um ambiente securizante, tranquilo, que facilite a expressão emocional da criança, e a cooperação com o experimentador. Durante este período são feitas algumas questões no sentido da caracterização do actual agregado familiar (“Diz-me, quem é que vive contigo lá em casa?”), da família (“Quem são as pessoas da tua família? Como se chamam e que idade têm?”), e de outros dados relevantes que possam surgir acerca do contexto familiar (divorcio, mortes, separações...). Depois a criança é convidada a escolher das 20 figuras expostas, quais as que representam a sua família (“Vês estas figuras que estão aqui? Imagina que algumas delas vão representar a tua família, quem é que tu achas que poderia fazer de mãe, e de pai, e dos teus irmãos, e de ti?”). Seguidamente, é apresentado Sr. Ninguém à criança, “Olha, eu tenho aqui uma série de cartas que te vou ler e que tu vais meter na caixa do correio da pessoa a quem gostavas de mandar, ou que achas que tem a ver com ela. Pode acontecer que aches que a carta não tem a ver com ninguém, então colocas a carta no Sr. Ninguém. Se, achares que a carta dá para várias pessoas da tua família, dizes-me, dás-me a mensagem e eu trato disso. Não te esqueças que também podes mandar cartas a ti próprio.”

O experimentador lê as mensagens (quando a criança lê bem é possível permitir que seja a própria a lê-lo, sendo que é sempre o experimentador que escolhe a ordem das mensagens¹³, para

¹³ A sequência das mensagens é ao acaso, à excepção de quando se *inicia* e *termina* a tarefa visto que terá sempre de ser com *mensagens positivas* (pelo menos, 2 no início e 2 no fim), e além disso, ao longo da aplicação, um tipo de afecto (por exemplo, negativo) não se poderá repetir mais do que três vezes seguidas (o quarto já teria de ser seleccionado pelo experimentador para que seja positivo), com o intuito de evitar acumulação de excessiva

que não haja contaminação afectiva por repetição excessiva de um determinado afecto), e a criança coloca-as onde entender, sendo que quando acha que a mesma mensagem se aplica a várias pessoas, entrega o item ao experimentador (que assinala na folha de registo os vários elementos a que a mensagem se destina), e quando a mensagem não se aplica a ninguém, coloca-a na caixa do Sr. Ninguém. A prova termina depois de todas as cartas serem colocadas nas devidas caixinhas de correio (Bene & Anthony, 1985).

Em relação à **interpretação dos resultados**, o **FRT (revised)** permite conhecer a quantidade e qualidade (Bene & Anthony, 1985):

- 1) Do *envolvimento emocional total* com cada uma das figuras (dado pela soma do total de itens atribuídos a cada figura), que pode ser positivo, negativo, ou ambivalente (quando a soma dos itens positivos é *igual ou inferior* ao dobro dos itens negativos, e vice-versa) (Bene & Anthony, 1985).
- 2) Das *respostas auto-atribuídas* ou “*egocêntricas*” quer sejam, de auto-estima (sentimentos positivos atribuídos ao próprio) ou de auto-depreciação (sentimentos negativos atribuídos ao próprio), evidenciando uma preocupação do sujeito consigo próprio (Bene & Anthony, 1985).
- 3) Da *discrepância* entre os sentimentos emitidos pela criança em relação aos objectos de amor, e os que sente que lhe são dirigidos, tal como o equilíbrio entre sentimentos positivos e negativos (Bene & Anthony, 1978).
- 4) Dos *mecanismos de defesa* activados, isto é, a *negação* (traduzida pelo maior numero de itens positivos e negativos colocados no Sr. Ninguém), a *idealização* (decorrente de uma atribuição exagerada de itens positivos aos elementos da família por oposição a uma oposição massiva dos itens negativos ao Sr. Ninguém), o *deslocamento* (manifestado por uma dispersão dos itens pelas figuras periféricas, com reduzido investimento das figuras centrais e do próprio sujeito), a *tendência regressiva* (resultante da reclamação que a criança faz para si própria dos itens de superprotecção e sobre-indulgência/dependência) (Bene & Anthony, 1985).
- 5) Do grau de *inibição/desinibição*, definido segundo uma escala de 5 pontos que vai da forte inibição (**nível 1**) até à forte desinibição (**nível 5**), passando pela inibição moderada (**nível 2**), pouca inibição (**nível 3**) e desinibição moderada (**nível 4**). Recorre-se a duas escalas distintas: a *escala de inibição positiva* (dos afectos positivos), e a *escala de inibição negativa* (dos afectos negativos)¹⁴. Esta classificação tem um papel muito relevante como ferramenta de auxílio ao

ansiedade, resistência e culpabilidade por parte da criança, e se assegure que a tarefa se inicie e termine com um pendor afectivo positivo (Bene & Anthony, 1985).

diagnóstico clínico, visto que os autores verificaram uma forte correspondência entre respostas de **inibição** no teste e os diversos quadros clínicos (de gravidades muito distintas). Em relação à *desinibição* as associações não se mostram tão claras entre o comportamento no teste e na vida real (Bene & Anthony, 1985). Importa referir que o sintoma encoprese, em estudo nesta investigação, também foi estudado por Bene & Anthony (1978), sendo que se verificou que a presença deste sintoma normalmente está associado a uma pontuação na escala de inibição de **nível 2**, isto é a presença de um grau de *inibição moderado*.

- 6) Da *dependência*, avaliada pela atribuição feita dos itens de dependência (forma A), e dos itens de sobreprotecção materna e sobre-indulgência paterna e materna (forma B).

Em relação às **características psicométricas** da prova, Bene & Anthony (1985) defendem que esta possui *validade* (os autores recorrem preferencialmente à *validade de constructo* dado o carácter predominantemente teórico-clínico da mesma) e *precisão* aceitáveis, e os resultados das investigações que realizam fundamentam com suficiente confiança a sua utilização no contexto clínico, e no contexto de investigação. Em relação à *validade concorrente*, Van Style e Leton (1965) comparam os resultados do FRT com o Swanson Child-Parent Relationship Rating Scale e com Forer Structured Sentence Completion Test, e concluíram que cinco das correlações entre as provas foram significativas ao nível de 5% (Silva, 1991). Complementarmente, Kauffman, Hallahan, & Ball (1975), oferecem dados de validação do FRT, em relação à sua *validade de conteúdo*, visto que utilizam o FRT para avaliar *a consistência e congruência das percepções de pais* em comparação com as respostas dos seus filhos ao FRT, e verificam que *os pais conseguem prever significativamente* as respostas dos próprios filhos, apesar de se verificar a tendência por parte dos pais para a sobrevalorização da centralidade de si mesmo na realidade afectiva das crianças. Além

¹⁴ De seguida, apresentamos os critérios para a avaliação do grau de inibição ao FRT:

- Escala de Inibição Positiva

- 1- Ausência de respostas fortemente positivas (erotizadas) ou menos de 10 respostas levemente positivas;
- 2- a) Apenas respostas levemente positivas; b) respostas muito positivas distribuídas por várias pessoas; c) focagem fortemente positiva nos irmãos ou membros periféricos; d) dispersão fortemente positiva para toda a família; e) respostas muito positivas dirigidas aos bebés da família.
- 3- Focagem fortemente positiva na mãe, em crianças com menos de 12 anos.
- 4- Focagem fortemente positiva em qualquer dos pais, em meninas após os 12 anos.
- 5- Focagem fortemente positiva em qualquer dos pais, em meninos após os 12 anos.

- Escala de Inibição Negativa

- 1- Ausência de respostas negativas ou apenas uma levemente negativa;
- 2- a) Nenhuma resposta fortemente negativa ou apenas uma; b) focagem levemente negativa num irmão ou familiar periférico;
- 3- a) Focagem fortemente negativa por toda a família; b) focagem levemente negativa no pai;
- 4- Focagem fortemente negativa no pai;
- 5- Focagem fortemente negativa na mãe.

disso, em relação à *precisão do FRT*, Kauffman (citado por Silva, 1991) concluiu que esta é idêntica e equiparável à precisão de outras provas projectivas tais como, o TAT. Complementarmente, Bene (citado por Parkin, 2001) avalia a consistência interna dos itens do **FRT**, a partir da metodologia *split-half*, e verifica que as correlações encontradas variavam entre $r = .68$ e $r = .90$.

Também, Rosen, & Brigman (1984) estudam aprofundadamente as diferenças da selecção dos sentimentos em relação à figura materna e paterna, estabelecendo as respectivas normas para as respostas, em crianças entre os 5 e os 7/8 anos, contudo limitam a sua análise à exploração da forma A (para crianças mais novas). Na presente investigação escolheu-se utilizar **a forma B** do FRT, visto que a idade típica do aparecimento do sintoma encoprese ser *a idade escolar* (neste caso, o intervalo é entre os 7-12 anos), dependeremos das normas propostas por Bene & Anthony (1985) para a análise das diferenças entre grupo experimental e grupo de controlo.

Em relação à *a capacidade discriminativa do FRT (sensibilidade)*, Philipp, & Orr (1978) recorrem a três grupos de rapazes entre os 9 e os 13 anos, que estão internados (1º), que estão a ser acompanhadas em regime externo (2º), e que não apresentam qualquer tipo de sintomatologia (3º), e verificam que os grupos de rapazes com psicopatologia tendiam a caracterizar a relação com a figura paterna como revelando mais negatividade, e ainda tendiam a *auto-atribuir-se mais itens* com conteúdos afectivos (quer positivos, quer negativos) do que os rapazes sem sintomatologia. Os autores concluem que em termos quantitativos a prova tem alguma capacidade discriminativa, contudo salientam preferencialmente o **FRT**, em termos de *riqueza qualitativa e compreensiva em relação às respostas recolhidas* (Philipp, & Orr, 1978). Ainda neste sentido, Mertin, & Rooney (1995) *reforçam o potencial do FRT enquanto ferramenta clínica e compreensiva*, desenvolvem **novos itens** específicos para crianças em que se *suspeita de abuso* nas relações familiares, e definem as instruções e normas complementares para a orientação do clínico na sua aplicação. A *riqueza clínica e compreensiva do FRT* tem vindo a ser sistematicamente reforçada na investigação (e.g. Silva, 1991).

É de salientar que, ainda assim, são escassos os estudos que utilizam o FRT como variável experimental, sendo que o instrumento tem sido sujeito a críticas muito severas quer em termos dos itens e da pertinência dos seus conteúdos, quer em relação à escassez de dados que a fundamentam (Parkin, 2001).

Parkin (2001) faz uma revisão extensa dos estudos com o FRT¹⁵, e conclui que as incongruências entre são excessivas e de difícil integração, questionando a utilidade do instrumento para o contexto de investigação. Anuncia também neste artigo que se encontra no processo de

¹⁵ Remeto o leitor para este artigo, visto que a revisão dos estudos com **FRT** fugir aos objectivos e dimensão do presente trabalho, e ainda dada a importante dificuldade prática de aceder aos artigos referidos, dada as limitações das bases de dados disponíveis.

desenvolvimento de um novo instrumento, capaz de integrar a riqueza do **FRT**, e de superar as críticas que lhe têm sido realizadas. É com grande expectativa que aguardamos os resultados deste novo desenvolvimento, e eventualmente, caso os dados empíricos o justifiquem, não se exclui a possibilidade de rever a utilização do FRT, caso o instrumento proposto pelo autor possa ser acedido num estudo futuro que *retomará a estrutura de projecto de investigação* proposta no presente trabalho.

Importa salientar, contudo, que o **FRT** não foi concebido com o objectivo de *discriminar a patologia da normalidade*, e não permite uma *categorização em termos de diagnóstico* (algo que seria naturalmente valorizado na investigação científica orientada para o estudo da psicopatologia infantil), visto que privilegia a *componente descritiva e compreensiva* dos dados recolhidos em termos das dinâmicas afectivas e relações familiares tal como percebidas pela criança que a realiza (por exemplo, um mesmo sintoma poderá apresentar dinâmicas muito distintas, apesar de existir convergência nos estruturadores clínicos que definem o sintoma e o seu diagnóstico). Complementarmente, o **FRT** depende directamente de *um pano de fundo teórico* que recorre exclusivamente à teoria psicanalítica para a sua fundamentação, e que por isso, deixa margem para grandes discussões em termos da pertinência da sua utilização (não é uma prova que facilmente possa ser utilizada sem o domínio desta concepção teórica, o que é uma limitação importante à sua relevância enquanto instrumento de investigação científica). Esta exclusividade teórica acaba por contribuir para o bloqueio do interesse nos investigadores para a sua utilização num contexto de investigação cuja abordagem subjacente é exclusivamente ou predominantemente nomotética.

De certa forma, compreende-se a comprovada escassez de investimento na prova enquanto variável nomotética, visto que a sua estrutura possui um fundamento predominantemente teórico-clínico, almeja propósitos clínicos. Ainda assim, *é uma prova subestimada* na sua componente nomotética, que oferece uma riqueza muito significativa na investigação de hipóteses psicodinâmicas. Neste sentido, é relevante mencionar que *o FRT já foi utilizado em Portugal* em dois grandes estudos bastante relevantes na área da psicologia clínica. O primeiro estudo foi realizado pela Dra. Madalena Alarcão Silva (1991) (Psicóloga Clínica e Professora na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra), no âmbito da sua tese de Doutoramento sobre *a criança asmática* entre os 7-12 anos. O segundo pela Dra. Edvige Guerreiro (2001), no âmbito da sua tese de Mestrado em Psicologia Clínica, sobre crianças com perturbações do comportamento entre os 7-12 anos.

Na *estrutura do projecto de investigação* proposta, o **primeiro objectivo** é caracterizar em termos afectivos (conscientes e inconscientes) as relações *familiares* tal como são *percebidas pela*

criança com encoprese, no sentido de se explorarem possíveis *padrões e dinâmicas afectivas específicas*.

Neste sentido, o **Family Relations Test (F.R.T-revised) (Bene & Anthony, 1985)** é um instrumento capaz de aferir de forma *rápida, quantitativa e compreensiva* os aspectos psicodinâmicos as diferenças das relações familiares segundo a realidade afectiva da criança avaliada. As conclusões psicodinâmicas retiradas das convergências e divergências entre as dinâmicas afectivo-relacionais das crianças avaliadas poderão, respeitando simultaneamente, uma abordagem idiossincrática e nomotética das hipóteses em investigação, indicar importantes pistas clínicas que facilitem a *compreensão* do sintoma, e a *intervenção* psicológica com crianças encoprélicas, sendo esse um dos principais objectivos deste trabalho.

2. Defense Mechanism Inventory (DMI) (Gleser & Ihilevich, 1969)

É um inventário de mecanismos de defesa (teste de papel e lápis) que assenta na análise das respostas dos indivíduos a situações indutoras de conflito, podendo assim extrair-se, com base na teoria psicanalítica, cinco categorias de mecanismo de defesa:

1) TAO – Turning Against Object – esta categoria implica mecanismos que se lidam com o conflito a partir da expressão directa e/ou indirecta de agressividade na relação, com o objectivo de manter uma ilusão de controlo da ameaça externas ou ainda de mascarar os conflitos internos que são demasiado dolorosos para serem tolerados e confrontados conscientemente. (ex. identificação ao agressor, deslocamento, etc) (Ihilevich, & Gleser, 1986);

2) PRO-Projection – esta categoria descreve uma estratégia de atribuição de traços e de conteúdos negativos (persecutórias, ameaçadoras, agressivas) sem justificação suficiente ao objecto, sendo que esta atribuição é utilizada para justificar a expressão de hostilidade em relação ao outro (Ihilevich, & Gleser, 1986);

3) PRN-Principalization – esta categoria descreve mecanismos que lidam com o conflito, através de uma reinterpretação da realidade, recorrendo à separação do conteúdo afectivo da situação, reprimindo este último (ex. intelectualização, racionalização, isolamento dos afectos) (Ihilevich, & Gleser, 1986);

4) TAS-Turning Against Self – esta categoria descreve mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o próprio sujeito, protegendo-se o objecto de relação, o que pode conduzir a soluções defensivas mais auto-destrutivas, estando ligado ao desenvolvimento de estados depressivos (Ihilevich, & Gleser, 1986);

5) REV-Reversal – esta categoria descreve mecanismos que lidam com o conflito criando respostas positivas ou neutras face a situações frustrantes (negação, denegação, formação reactiva, repressão,

etc), o que resulta num empobrecimento da capacidade de percepção de perigo, que de outra forma mais evidente (Ihilevich, & Gleser, 1986).

O **DMI**, enquanto instrumento, é composto por 10 histórias, em que para cada história é pedido aos sujeitos para escolherem *a resposta mais típica* e a *menos típica* do seu funcionamento na situação proposta. Assim, cada situação exige que se escolha das opções apresentadas: 1) um comportamento típico e verídico face à situação; 2) fantasia de comportamento na situação; 3) os pensamentos; e os 4) os sentimentos mais típicos da pessoa na situação. Para cada uma destas dimensões da resposta existem cinco opções, uma para cada categoria de mecanismos de defesa mencionada. A resposta *mais representativa* da sua própria reacção é cotada com 2 pontos, e a resposta *menos representativa* é cotada com 0 pontos, sendo que as opções que não são seleccionadas são cotadas com 1 ponto. Os resultados de cada categoria de mecanismos de defesa podem alcançar uma pontuação máxima de 80, sendo que 200 é o limite máximo da pontuação total da prova (Cramer, 1988). Os resultados obtidos são *quantitativos* e *objectivos* (uma pontuação para cada categoria de mecanismos defensivos), e a aplicação da prova dura cerca de 30/35 minutos.

Em relação às *características psicométricas do DMI*, considerando as restrições em termos de espaço e os objectivos da apresentação desta estrutura de investigação, limito-me a remeter o leitor para *duas revisões compreensivas e extensas (além dos próprios manuais da prova)* que sumariam os inúmeros estudos já realizados com o DMI, comprovando a sua pertinência, validade, sensibilidade e valor enquanto instrumento psicológico capaz de avaliar este constructo psicodinâmico (os mecanismos de defesa) e as relações com a psicopatologia, a saúde, a selecção profissional, os estilos perceptivos, a dominância cerebral, o funcionamento bioquímico do corpo, os acidentes de viação, entre outros (Ihilevich, & Gleser, 1986). São elas, a revisão de Cramer (1988), e a revisão de Justo (1991). Segundo Recklitis, Yap, & Noam (1995, p.366), “(...) O DMI está significativamente relacionado com dimensões da personalidade e psicopatologia, (...) e revelou-se uma ferramenta prometedora para o estudo da personalidade e da psicopatologia.” É portando um instrumento válido (e.g. Cramer, 1988; Justo, 1991), preciso – *as estimativas da precisão* variam entre 0.61 e 0.82 (Cramer, 1988), em que “apesar do formato de escolha fixa e as restrições da cotação, as suas escalas individuais demonstram ser bastante *sensíveis* às subtis diferenças do comportamento clínico (...)” (Cramer, 1988, p. 162),

Procurando elucidar a pertinência da utilização deste instrumento na presente estrutura de investigação, importa referir que em situações muito particulares e específicas (e.g., mortes, divórcios, luto, etc), os nossos mecanismos de defesa podem tornar-se desadaptativos, *provocando mais stress em vez de o atenuar*, sendo que em situações de stress e frustração prolongadas no

tempo, por vezes possuímos uma tendência para intensificar, às vezes de forma um pouco rígida as nossas estratégias defensivas.

A tradição acusatória e culpabilizante dirigida à mãe e/ou à família de crianças e adultos com psicopatologia está datada. *O psicólogo, ao intervir, funciona como elo de ligação, apoio quer para os pais, quer para as crianças.* Neste sentido, e valorizando esta concepção teórica (a actual da Psicologia Psicodinâmica), a pertinência da aplicação deste questionário às mães das crianças é significativa, dada a necessidade de clarificar algum padrão defensivo sistemático nas estratégias mais ou menos inconscientes de lidar com a ansiedade, o stress, agressividade, e elucidar o papel que este possa desempenhar na organização e **manutenção deste sintoma**. Não é objectivo desta investigação estabelecer *considerações directas* sobre **a etiologia** desta sintomatologia com base neste instrumento, visto que o DMI permite aferir dos mecanismos de defesa predominantes **no momento** da recolha dos dados. A possibilidade de verificar empiricamente (recorrendo ao DMI) *a hipótese psicodinâmica* elaborada por Santos & Caldas (1975) (existência de *um perfil defensivo típico nas mães das crianças com encoprese*, em que se verifica uma tendência para uma predominância de **mecanismos defensivos da linha obsessiva**), enquanto um dos factores na rede complexa, inter-dependente e necessariamente *multi-factorial* inerente à *organização e manutenção do sintoma encoprese*, tem bastante relevância teórica, além das implicações clínicas que se poderão vir a deduzir a partir dos dados recolhidos.

3. Questionário Psicodinâmico sobre Encoprese (Matos, & Bettencourt, 2008)

O *Questionário Psicodinâmico para a Encoprese* (Matos & Bettencourt, 2007) (ver **Anexo II. III**) é um questionário teórico, construído directamente a partir da teoria psicodinâmica, já revista ao longo do enquadramento teórico deste trabalho. É constituído por 5 módulos: 1) relação dual primária (diade mãe-bebé); 2) alguns marcadores de desenvolvimento gerais (e.g. quando é que a criança começou a andar, a falar, a comer sólidos, e quando é que iniciou a aprendizagem do controlo esfíncteriano); 3) triangulação (pai-mãe-criança) e relação com a figura paterna (percebida pela mãe da criança); 4) fase de latência e adaptação escolar; 5) dados clínicos relevantes específicos sobre o sintoma da encoprese.

Os itens têm um formato misto e são respondidos, uns recorrendo a uma escala de *Likert* que varia entre 1 e 5 (consoante o grau de concordância, **1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente**), outros a algumas questões com várias opções para assinalar com cruces, e ainda outros de preenchimento escrito. A aplicação do questionário dura cerca de 15/20 minutos.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for children, Youth, & Families.
- Ajuriaguerra, J. (1986). *Manual de Psiquiatria Infantil* (2ª eds). [trad. Paulo Geraldês & Sónia Alves]. Brasil: Masson.
- Alexander, F. (1963), *La médecine psychosomatique: ses principes et ses applications*. [Trad. S. Horinson, & E. Stern] Paris : Payout.
- Allouch, E. (2003). As psicopatologias do apoio: autismo, adicção, somatização. *Agora*, 6 (1), pp.79-98.
- Anzieu, D. (1991). *Une peau pour les pensées: entretiens avec Gilbert Tarrab*. Paris: Apsygée, pp.61-76.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2ª ed.). Paris: Dunod.
- Aruffo, R. N., Ibarra, S., & Strupp, K. (2000). Encopresis and Anal Masturbation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4), pp. 1327-1354.
- Baucke-Loening, V. (2002). Encopresie. *Acta Endoscopia*, 32 (3), pp.329-342.
- Bene, E., & Anthony, J. (1985). *Manual for the Family Relations Test: children's version* (3ª ed.). London: NFER-NELSON Publishing.
- Bick, E. (1991). Experiência da pele em relações de objecto arcaicas. In *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica* (vol. I), Elizabeth B. Spillius (Eds). Rio de Janeiro: Imago, pp.194-198.
- Billon-Galland, I. (1999). Symbolisation encopretique dans la famille: neutralisation de la perte et neutralisation de la différence. *Psychologie Clinique et Projective*, 5, pp. 217-238.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi.
- Cox, D., Morris, J., Borowitz, S., & Sutphen, J. (2002). Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (7), pp. 585-591.
- Cramer, P. (1988). The Defense Mechanism Inventory: a review of research and discussion of the scales. *Journal of Personality assessment*, 52 (1), pp. 142-164.
- Cuddy-Casey, M. (1997). A case study using child-centered play therapy approach to treat enuresis and encopresis. *Elementary School Guidance & Counseling*, 31(3), pp.?.
- Downey, W. T. (2000). Little orphan Anastasia: the analysis of an adopted Russian girl. *Psychoanalytic Study of the Child*, 55, pp.145-179.
- Drake, D. (2005). Understanding play in the treatment of an encopretic boy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22 (2), pp.229-242.
- Edgumbe, R. (1978). The Psychoanalytic View of the Development of Encopresis. *Bulletim of Hampstead Clinic*, 1, pp. 57-61.

- Freud, A. (1987). *Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Gaddini, E. (1987). Notes on the mind – body question. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, pp.315-329.
- Guerreiro, E. M. (2001). *As representações mentais maternas na construção da imago paterna em crianças do sexo masculino dos 7 aos 12 anos com perturbações do comportamento: Estudo exploratório*. [Tese de mestrado em Psicologia Clínica] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Golse, B. (2007). *O ser-bebé*. Lisboa: Climepsi.
- Horn, A. (2007). O somático e as experiências corporais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (1), pp.102-107.
- Ihilevich, D., & Gleser, G.C. (1986). *Defense mechanisms: Their classification, correlates, and measurement with the defense mechanisms inventory* (DMI Manual). Owosso, MI: DMI Associates.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1991). *Defenses in psychotherapy: The clinical application of the defense mechanisms inventory*. Owosso, MI: DMI Associates.
- Kennedy, H. (1975). Pseudobackwardness in children: maternal attitudes as an etiological factor. *Psychoanalytic Study of the Child*, 30, pp. 279-306.
- Kisch, E. H., & Pfeffer, C. R. (1984). Functional encopresis: psychiatric inpatient treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 28 (2), pp. 264-271.
- Klein, M. (1952). Notes on some schizoid mechanisms, In *Development in psychoanalysis*. London: Hogerth Press, pp. 292-320.
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1981). *A criança e o seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar [tradução de Álvaro Cabral].
- Kreisler, L. (1985). La pathologie psychosomatique. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds), *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Vol. II)*. Paris: Presses Universitarie de France.
- Krystal, H. (1978). Self representation and the capacity for self care. *Annual of Psychoanalysis*, 6, pp. 209-246.
- Kutter, P. (2001) El conflicto básico de la psicomatosis y sus implicaciones terapéuticas. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), pp. ¿?.
- Liebert, R, Fischel, J. (1990). The Elimination Disorders: Enuresis and Encopreses, In *Handbook of Developmental Psychopatology*, M. Levis & S. Miller (eds), pp. 421-429.
- Machado, D. (1980). Encoprese: revisão da literatura. *Pediatria (São Paulo)*, 2, pp. 101-110.

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association) (1995/2002), João Cabral Fernandes (Eds.), [trad. J. N. Almeida] Lisboa: Climepsi, pp. 116-118.

Mahler, M. (1975). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro, Zahar.

Marty, P., M'Uzan, M. & David, C. (1967) *Investigation psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Matos, M. (2007). *Sensorialidade e Representação: Aspectos teóricos e clínicos*. Conferência de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica. Lisboa, ISPA, 24 de Novembro de 2007.

Mazet, Ph., & Houzel, D. (1994). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine.

McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton & Company, pp.12-78.

Meissner, W.W. (1977). Family process and psychosomatic disease. In L. Lipowsky, D. R. Lipsitt, & P. C. Whybrow (Eds), *Psychosomatic Medicine: Current Trends and Clinical Applications*. New York: Oxford University Press, pp.100-119.

Mertin, P., & Rooney, J. (1995). Supplementary (abuse) cards for the family relations test. *Child Abuse Review*, 4 (3), pp. 32-37.

Noy, P. (1982). A revision of the psychoanalytic theory of affect. *Annual Psychoanalysis*, 10, pp. 139-186.

Ogden, T. (1989). On the concept of an autistic-contiguous position. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, pp. 127-140.

Oster, G. D. & Gould, P. (1987). Using Drawings within the assessment process *In Using Drawings in assessment and therapy: a guide for mental health professionals*. New York: Brunnel/Mazet.

Parkin, A. (2001). The Bene-Antohny Family Test revisited: directions in the assessment of children's perceptions of family relations. *British Journal of Medical Psychology*, 74, pp. 323-349.

Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica* (Rio de Janeiro), 18 (1), pp.165-177.

Philipp, R. L., & Orr, R. R. (1978). Family relations as perceived by emotionally disturbed and normal boys. *Journal of Personality Assessment*, 42 (2), pp. 121-127.

Pichon, A. A. (1958). House Construction Play its Interpretation and Diagnostic Value. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, pp. 39-49.

Pinkerton, P. (1974). *Childhood Disorder – a psychosomatic approach*. London: Crosby Lockwood Staples.

- Recklitis, C., Yap, L., Noam, G. (1995). Development of a Short Form of the Adolescent Version of the Defense Mechanisms Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), pp.360-370.
- Riccelli, A. (2003). Memoirs of a "Poop Lady". *Families, Systems & Health*, 21 (1), pp.109-117.
- Roy, P. (2002). Encoprésie. *Le Courrier de colo-proctologie*, 3(2), pp.62-64.
- Santos, J. & Caldas, N. (1972). O sintoma encoprose. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 22-23, pp. 1-69.
- Santos, J. & Caldas, N. (1975). A enurese e a encoprese diurnas, como sintomas de conflito relacional. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 6 (1), pp. 1-4.
- Schmit, G. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds). Lisboa: Climepsi.
- Schur, M. (1955). Comments on the Metapsychology of Somatization. *Psychoanalytic Study of the Child*, 10, pp.119-164.
- Segal, H. (1975). A posição depressiva, *In Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora, pp.80-93 [trad. Júlio Castaño Guimarães].
- Shane, M. (1967). Encopresis in a latency boy: an arrest along a developmental line. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, pp. 296-314.
- Silva, M. M. (1991). *Criança asmática: subsídios para a compreensão das interrelações familiares da criança asmática*. [Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica], Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Soulé, M., Lauzanne, K. (1985). Les troubles de la défécation: encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds), *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Vol. II)*. Paris: Presses Universitarie de France.
- Soulé, M., Lauzanne, K., & Colin, B. (2004). Les troubles de la défécation: encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Vol. 2)*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Sperling, M. (1955). Psychosis and psychosomatic illness. *International Journal of Psychoanalysis*, 36, pp. 320-327.
- Sugarman, A. (1999). The boy in the iron mask: superego issues in the analysis of a two year old encopretic. *Psychoanalytic Quarterly*, 68 (4), pp. 497-519.
- Stisman, A. (1999). Un adolescente encoprético: una situación atípica. *Revista Asociación Psicoanalítica Argentina*, 56 (2), pp. 309-333.
- Winnicott, D. W. (1958, 2000). *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. [trad. Davy Bogomoletz] Rio de Janeiro: Imago.

Taylor, G. L. (1992). Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20, pp. 251-275.

Vidigal, M. J. (2004). Enigma da Psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), pp. 45-54.

Anexo I

Crêterios de Diagnóstico para Encoprese

Critérios de Diagnóstico para Encoprese¹

- A. Emissão fecal repetida em locais inadequados (por exemplo, na roupa ou no chão), quer involuntária quer intencional.
- B. Pelo menos um episódio por mês durante um mínimo de 3 meses.
- C. Idade cronológica pelo menos de 4 anos (ou um nível de desenvolvimento equivalente)
- D. O comportamento não é devido exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, laxantes) nem a um estado físico geral, excepto se envolver um mecanismo que implique obstipação.

Codificar do seguinte modo:

- 1- Com Obstipação e Incontinência
- 2- Sem Obstipação nem Incontinência

1- Baseado no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* - DSM-IV-TR (2002).

Anexo II

Estudo de Caso Clínico:

**Miguel, 8 anos, com Encoprese Secundária e de
tipo Retentivo: *Exemplo da Aplicação da
Metodologia de Investigação Proposta***

Índice do Estudo de Caso Clínico

Miguel, 8 anos, com Encoprese Secundária e de tipo Retentivo:

Exemplo da Aplicação da Metodologia de Investigação Proposta

1. Estrutura do Procedimento

2. Entrevista Associativa

Observação Clínica

Registo da Entrevista Associativa

3. Análise dos Desenhos do Miguel

Registo da Interação durante os Desenhos

Análise Psicodinâmica dos Desenhos

4. Apresentação e Interpretação dos resultados da aplicação do *Family Relations Test* (FRT-revised) (Bene & Anthony, 1978) ao Miguel.

5. Apresentação e Interpretação dos resultados da aplicação do *Defense Mechanism Inventory* (DMI) (Gleser & Ihilevich, 1969) à Mãe do Miguel.

6. Descrição e integração dos resultados da recolha de dados a partir do *Questionário Psicodinâmico* (Matos & Bettencourt, 2008) elaborado na presente investigação¹⁶

7. *Formulação hipóteses clínicas psicodinâmicas* sobre o caso do Miguel

7.1. Síntese e integração dos dados clínicos recolhidos no estudo de caso, com *as hipóteses experimentais* em investigação.

¹⁶ A utilidade deste questionário neste estudo de caso é necessariamente exploratória, dada a impossibilidade de validação do instrumento, funcionando apenas como complemento aos dados clínicos recolhidos.

1. Estrutura do procedimento:

- 1º Preenchimento do *Questionário Psicodinâmico* por parte da mãe do Miguel;
- 2º Simultaneamente, o Miguel faz *dois desenhos* (o ultimo não termina), sendo que, durante o segundo desenho, a mãe do Miguel entra para a consulta médica (fazer o historial clínico) e o Miguel continua a desenhar comigo;
- 3º Consulta Médica (Miguel e a mãe), interrompe-se a nossa interacção;
- 4º Após a consulta, há um momento de partilha e de apoio ao Miguel;
- 5º Entrevista semi-directiva com o Miguel e sua mãe;
- 4º Preenchimento do *DMI*, por parte da mãe do Miguel;
- 5º Aplicação do *FRT* ao Miguel, aproveitando que a mãe do Miguel responde ao *DMI*.

O procedimento da aplicação dos instrumentos e condução da entrevista decorreu de forma relativamente diferente do esperado inicialmente, visto que foi necessário alguma adaptação às circunstâncias imediatas do nosso encontro e da consulta médica no serviço de Gastrenterologia do Hospital D. Estefânia. O primeiro contacto foi estabelecido com bastante tranquilidade e aceitação por parte da mãe do Miguel, que se mostrou receptiva e disponível para colaborar.

Percebendo que ambos (o Miguel e a mãe) teriam de aguardar pela consulta, propus que a mãe do Miguel fosse preenchendo o *Questionário Psicodinâmico* (Matos & Bettencourt, 2008) (aplicação meramente *exploratória* como já foi referido, dada a impossibilidade de validação do instrumento neste trabalho) enquanto aguardava. Aproximei-me também do Miguel, sentei-me ao seu lado, e convivei-o a desenhar numa mesa resguardada, onde conseguíamos manter contacto visual com a mãe, observando-a a preencher o questionário. Convidei o Miguel a *desenhar “uma pessoa”*, ele acedeu ao pedido com entusiasmo, estava surpreendido por ter possibilidade de se divertir naquele lugar. Tivemos tempo para iniciar mais outro desenho, o *desenho da sua família*, além de conversar sobre os seus interesses. No sentido de recolher informação clínica complementar, achei pertinente oferecer estes dois temas para os desenhos do Miguel, que se mostraram importantes contributos para uma compreensão idiossincrática da problemática psico-afectiva relacionada com o sintoma encoprese¹⁷.

Alguns tempos depois, interrompendo o preenchimento do questionário, a mãe foi chamada à consulta, e eu permaneço com o Miguel. Como se tratava de uma primeira consulta, era necessário

¹⁷ A possibilidade de pedir ao Miguel que realizasse um desenho livre também foi considerada, mas apesar de estar consciente da riqueza simbólica decorrente da liberdade total para o desenho, acabei por escolher focalizar o seu investimento, dada a importância associada ao desenho de “uma pessoa” para a avaliação do desenvolvimento psico-afectivo, da representação da própria imagem corporal, e da acessibilidade aos conflitos inconscientes a partir do desenho da figura humana. O desenho da família é, por outro lado, uma ferramenta importante na avaliação e compreensão das relações de objecto internalizadas, dos afectos mais preponderantes, e uma forma de síntese, quer para a criança, quer para o técnico, das dinâmicas afectivas e fantasmáticas mais pertinentes para a criança (Osten, & Gould, 1978).

recolher um historial clínico pormenorizado, tarefa que apenas requeria a presença da mãe do Miguel, sendo por isso que o Miguel continua a desenhar e conversar comigo. Acabado o historial, interrompemos o nosso desenho (da família), e o Miguel e a mãe são chamados para irem à consulta, aí permanecendo durante algum tempo. Durante a consulta, foi necessária a realização de alguns procedimentos médicos invasivos, mas necessários (nomeadamente, a aplicação de um clister e um exame médico denominado de toque rectal), visto que o Miguel mostrava dificuldade em evacuar espontaneamente à bastante tempo. O diagnóstico clínico associado ao quadro do Miguel consistia numa *encoprese secundária de tipo retentivo*.

Quando saíram da consulta, o Miguel parecia perturbado, sendo que tanto eu como a sua mãe tentámos partilhar com ele um momento contentor do seu desconforto, oferecendo o nosso apoio. A intimidade entre nós foi crescendo de forma muito positiva, e depois de alguns minutos de descanso, fomos os três para o gabinete, onde já estava tudo preparado para os acolher durante para a entrevista. Conversei com a mãe do Miguel, na sua presença (*entrevista semi-directiva*), enquanto ele acabava o desenho da família que coloria ao mesmo tempo que dava mostras claras de estar atento e interessado na conversa que se estabeleceu entre mim e a sua mãe. Esta recolha de dados, foi mais reduzida do que seria previsto, durando sensivelmente 20/25 minutos, devido a constrangimentos pragmáticos e à disponibilidade da própria família, contudo senti que apesar da limitação de tempo, foi possível reunir informação pertinente para a compreensão do contexto familiar, afectivo, social, escolar, além de alguns dados mais específicos sobre o contexto de ocorrência do sintoma. Não era âmbito deste trabalho realizar uma anamnese completa do desenvolvimento do Miguel, mas sim recolher apenas algumas informações adicionais que contextualizassem a ocorrência deste sintoma, e que pudessem complementar os dados recolhidos com os outros instrumentos psicológicos. Após a entrevista, a mãe do Miguel ficou tranquilamente a completar o *Defense Mechanism Inventory* (DMI) (Gleser & Ihlevich, 1969) na sala de espera, enquanto eu e o Miguel realizávamos o *Family Relations Test* (FRT-revised) (Bene & Anthony, 1978) no gabinete médico, previamente preparado para o efeito.

A *ordem de aplicação das provas*, a intimidade crescente, o clima empático e sentimento de confiança que se foi estabelecendo, deverá ser tomada em consideração no sentido da *contextualização dos dados recolhidos* na entrevista clínica. Se o procedimento experimental tivesse sido realizado de forma distinta, isto é, de forma mais *objectiva e pragmática*, restringindo-se exclusivamente à aplicação dos questionários, a construção do referido ambiente de confiança, empatia entre nós seria mais difícil, e consequentemente, os dados recolhidos junto desta família seriam mais pobres. A valorização da construção de uma relação de confiança com a família acabou por influenciar directamente o tempo dispendido para a totalidade do procedimento, que acabou por se alongar, durando sensivelmente 2 horas. Este acréscimo de tempo foi recompensador, e influenciou a qualidade, profundidade da partilha conseguida com a família. Em relação ao procedimento experimental global, faz sentido, modificar o tempo estabelecido, sendo que em vez da 1 hora estabelecida à partida, todo o procedimento se possa

estender até no máximo 2 horas, visto se privilegiar este contacto empático, envolvente, e extremamente informativo, entre o investigador e as famílias em questão.

Na entrevista semi-directiva, os temas abordados pela mãe do Miguel foram temas *carregados de afecto*, abordando o problema e todo o seu *contexto emocional*, de forma quase espontânea, o que parece pertinente relacionar com a especificidade deste tipo de encontro entre técnico clínico e família, e também com a possibilidade de alguma contaminação em termos temáticos, dado os conteúdos abordados no *Questionário Psicodinâmico* (Matos & Bettencourt, 2008) serem muito afectivos, que por hipótese, terão de certa forma predisposto a abordagem destas temáticas (que ainda assim são *seleccionadas e percebidas* como relevantes pela mãe do Miguel).

No sentido da compreensão da qualidade e pertinência das informações recolhidas na entrevista realizada, será necessário tomar em consideração *esta estrutura de procedimento*, como pano de fundo compreensivo das temáticas abordadas de forma associativa e espontânea por parte da mãe do Miguel.

2. Entrevista semi-directiva:

2.1. Observação Clínica:

Antes de me apresentar formalmente à mãe do Miguel e do Miguel, tive oportunidade de observá-los alguns minutos. Chegam juntos, mãe e filho, o Miguel chama a atenção porque parece instável, agitado, a mãe repreende-o por isso, uma repreensão que senti como excessivamente agressiva, num tom de exasperação. Ele procura o contacto físico com a mãe de forma relativamente sistemática, ela aparenta alguma apatia, um olhar triste. Fala com a assistente dando a conhecer a sua presença para a consulta com o filho, reparo na discrepância entre o tom ríspido com que fala com o filho, e o tom meigo e afável que utiliza para conversar com a administrativa. O Miguel interrompe-a, exige a sua atenção, ela tem que repreendê-lo mais uma vez, parece cansada. Sentam-se um ao lado do outro. O Miguel levanta-se, explora, e a mãe ordena-lhe que se sente sossegado. Neste momento, sinto-me nervosa, e as dúvidas da aceitação por parte da mãe do Miguel em colaborar comigo começam a intensificar-se, face à sua aparente indisposição com o filho. Curiosamente, a minha expectativa provou-se completamente errada, dada a extraordinária disposição e colaboração reveladas para comigo. Esta discrepância parece-me informativa em relação ao funcionamento da Mãe do Miguel, e acaba por ser congruente com o seu perfil de defensivo, recolhido a partir do DMI (este perfil será explorado posteriormente no documento).

2.2. Registo da Entrevista Semi-associativa¹⁸

A entrevista inicia-se de forma espontânea, e a mãe do Miguel inicia o seu discurso, referindo “eu não sei bem como é que isto está relacionado, mas quando o Miguel vai para a casa do pai, eu não posso assegurar que ele cumpra o que o que médico diz...”, mantenho-me em silêncio, sinto-me relativamente tranquila, e a mãe do Miguel continua “eu sobre a relação do Miguel e do pai, não posso fazer grandes afirmações porque realmente não estou a par...”, refere com uma expressão tristeza e impotência. “Não me

¹⁸ Altero a ordem de apresentação do procedimento porque entendo ser mais simples compreender os raciocínios e provas psicológicas seguintes, com o contexto afectivo-relacional que o registo da entrevista proporciona.

posso meter assim, na vida dele (do pai do Miguel), porque nós estamos separados...o que sei é do que ele (o Miguel) me conta”, o Miguel continua a pintar o desenho da família, não estabelece contacto visual connosco, parece tenso na sua gestualidade, e a sua expressão facial também transmite nervosismo, ainda que algo camuflado. Eu refiro: “eu compreendo, acaba por estar numa posição difícil...”, e a mãe do Miguel continua dizendo: “eu acho que a relação deles não é lá muito boa, devia de existir mais comunicação...”, eu refiro “sente que devia existir mais partilha...”, “sim, eles passam pouco tempo juntos a fazerem as coisas que os pais e os filhos fazem...”, eu pergunto “quando é o Miguel e o pai se vêm?”, a mãe do Miguel refere: “eles estão juntos de quinze em quinze dias, e às vezes surgem imprevistos...e tão menos tempo, ele (o Miguel) está a passar uns tempos na casa dos avós, porque eu tenho de trabalhar...mas nós somos muito chegados, muito próximos mesmo, ele conta-me tudo, temos uma relação muito próxima”, nesse momento faz uma festa no cabelo do Miguel, ele continua a desenhar como se tivesse abstraído do momento e da conversa, e a mãe do Miguel continua tentando esclarecer o quão próxima é a relação entre ambos: “nós até costumamos dizer que eu sou a mãe-galinha, e o Miguel é...ai, como é que tu dizes...que és o filho-galo, não é?”, sendo que uns segundos depois, o Miguel corrige-a, e diz: “não é o *filho-galo*, é o *filho-pinto*!”. Rimos, e eu tomo consciência do *lapso* da mãe do Miguel.

Mantenho-me em silêncio, sinto-me a sorrir, e tento respeitar o momento que partilhamos, sendo que a mãe do Miguel continua dizendo “eu acho que ele tem medo do pai...”, eu digo “tem medo do pai...”, olho para o Miguel, e a mãe volta-se para ele, e diz “não é, filho?”, o seu tom é carinhoso, e o Miguel visivelmente tenso, refere: “então ele bate-me!”. A mãe do Miguel continua “e eu também não posso interferir muito...também não quero ser invasiva...não posso ser...e ele (o pai do Miguel) reage muito mal quando tenho que conversar com ele por causa do Miguel...”, eu digo “é realmente uma situação delicada, por um lado, sente que existem coisas que podiam ser melhoradas na relação entre o Miguel e o pai, mas por outro, acaba por não sentir a disponibilidade da parte do pai do Miguel para isso...”.

A mãe do Miguel continua dizendo “sim, por exemplo, um dia destes em que ele estava com o pai, ele (o Miguel) telefona-me às três da manhã a dizer que está com medo...porque o pai tinha-o posto a dormir sozinho no andar de cima (a madrasta, o pai e a irmã mais nova, teriam ficado a dormir no andar de baixo) ...e o miúdo telefona-me assustado...e eu disse-lhe para ir falar com o pai...e ele (o Miguel) dizia que não queria...que tinha medo de lá ir...eu depois falei com o pai dele, e ele perguntou-me porque é que o Miguel não lhe tinha dito nada...”, o Miguel interrompe o discurso da mãe, não me recorro do que diz, e olho para o Miguel com carinho, e a mãe do Miguel continua “eu fico sem saber o que fazer...”. Dirigo-me ao Miguel tentando que falasse um sobre o que sente, e digo “é por isso que tens medo do teu pai...”, e ele continua, simultaneamente exaltado e entusiasmado, dizendo: “ele tá sempre a ralhar ou zangado...e quando eu estou a brincar com a Maria (irmã de dois anos), e ela começa a chorar, vem logo a correr zangar-se comigo, mesmo quando eu não fiz nada...”.

Olho para o Miguel, demonstrando que o escuto, ficamos em silêncio durante uns segundos, a mãe e o filho parecem não querer retomar a palavra, e eu procurando compreender um pouco da história do Miguel, intervenho, e sugiro: “Pode falar-me um pouco da infância do Miguel...”, a mãe do Miguel adere à minha sugestão, e diz: “o Miguel...com o Miguel correu tudo bem, não posso dizer que ele teve uma infância

fácil...porque não teve, foi bastante difícil...o meu ex-marido tinha uma amante brasileira, durante muitos anos, e não ajudava nada nas despesas da casa, quase chegamos a passar fome...porque para nós dava muito pouco...”. O Miguel interrompe a mãe aliando a ela contra o pai, e diz “ele estava sempre a comprar prendas para a brasileira, e assim...”, a expressão que faz intriga-me, não demonstra tristeza, pelo contrário, procura deliberadamente gerar em mim simpatia por eles, denigre o pai, e com isso sinto que consegue aproximar-se afectivamente da mãe (fala como um pequeno adulto). A mãe do Miguel continua dizendo: “ele batia no Miguel, e também batia em mim, às vezes...era violento...”, eu digo “Foram tempos muito difíceis para o Miguel e para si...”, e a mãe do Miguel diz; “sim, foi muito difícil...e depois nós separámo-nos...deixe cá ver...foi em 2002...já faz cinco anos...”, o Miguel interrompe a mãe e diz “já passaram seis anos, já estamos em 2008!”, e a mãe continua dizendo: “ai pois é...já passaram seis anos...mas foi muito difícil...esses tempos foram muito difíceis...”. A mãe do Miguel pára o discurso mantém-se em silêncio, entristece-se, olha para o chão, e o Miguel tenta quase desesperadamente chamar a minha atenção, pelo menos duas vezes (uma propósito dos computadores do gabinete, e a outra, perguntando-me se trabalho no hospital) sendo que nessa altura, eu olhava para a mãe do Miguel, tentando acompanhá-la neste reviver do passado ainda marcado por muita tristeza. Eu respondo-lhe, mas tento manter ainda assim o foco da minha atenção, procurando não desacompanhar o entristecer da mãe do Miguel. O Miguel parece não “aguentar” o entristecer da mãe, e alguns segundos depois, volta a interromper o discurso da mãe, que partilha a sua tristeza (não me recordo da conversa) “já acabei o desenho...põe aí! Guarda aí...onde é que vais guardar?”, eu digo algo atrapalhada com a situação, “muito obrigada, vou guardar aqui na minha pasta...”. A mãe do Miguel continua dizendo “foram tempos muito difíceis para mim...porque ele dava tudo era para a brasileira...”, revive comigo um momento de tristeza e de raiva, e o Miguel volta a interromper o discurso da mãe, e chama a minha atenção perguntando “este gabinete é teu?”, fico numa posição complicada, e foi aí que me apercebo, que inconscientemente, o Miguel agita-se, mexe-se na cadeira várias vezes, sinto que tenta distrair-me, é-lhe muito difícil acompanhar a tristeza da mãe. A mãe do Miguel inquieta-se com a sua agitação, diz zangada: “Miguel pára quieto, que estou falar com a doutora...!”, ele sossega, e parece triste, eu intervenho e pergunto-lhe: “queres fazer outro desenho?”, ele responde-me com voz dengosa “não me apetece...ainda falta muito?”, e eu tento tranquilizá-lo, e digo: “Miguel, já não falta muito...”.

A mãe do Miguel continua, quase se sobrepondo à minha conversa com o Miguel, dizendo: “ele (o pai) dá muito pouco para o menino...mesmo agora por causa deste problema...tive de ir ao pediatra particular...e eu é que tive que pagar tudo...”, e entristece-se novamente, fica em silêncio, recolhendo o olhar, e o Miguel tenta fazer uma piada com um programa de televisão do Herman José, que surte algum efeito na mãe do Miguel, que parece despertar do silêncio triste em que se encontra. Espero um pouco, percebo que a mãe do Miguel pede com o olhar, alguma orientação para a conversa. Convido-a falar um pouco sintoma, quando começou, onde ocorre com mais frequência, e em que circunstâncias, e a mãe do Miguel refere: “Isto começou tudo à mais ou menos, 1 mês e meio...”, o Miguel interrompe-a bruscamente e diz “há dois meses!”, como se se lembrasse da data precisa do acontecimento, a mãe continua: “há foi dois meses?...pois talvez...”, eu pergunto: “onde é que costuma acontecer, em casa, na escola...?”, e a mãe responde “acho que é mais em casa...” olhando para o filho como que pedindo confirmação, e o Miguel diz “sim...é mais em

casa, na escola quase nunca...”, e a mãe continua dizendo “pois agora é isto...”, tentando expressar, na sua expressão, reprovação, mas sem sucesso, como se constatasse a realidade, e a aceitasse inconscientemente. Tentando recolher alguns dados sobre a aprendizagem do controlo dos esfíncteres pergunto: “como foi correu a aprendizagem do controlo dos cocos e dos xixis do Miguel?”, e a mãe do Miguel responde: “correu tudo bem...até aconteceu naturalmente na praia...tinha ele, mais ou menos, dois anos meio, três anos...E agora é isto, há uns meses...”

Lembro-me da idade do Miguel (8 anos), e apercebo-me que o divórcio se deu precisamente, quando o Miguel tinha 2/3 anos (aprendizagem do controlo esfíncteriano), e entretanto pergunto: “O que pensa o pai do Miguel desta situação, ele sabe o que se passa?”, e a mãe do Miguel diz “sabe, sabe, mas não ajuda em nada...ele quando lhe ia dar uma palmada no rabo, um dia destes, sem querer sentiu... (as fezes), depois fomos ao médico, mandaram-nos para casa, depois marquei consulta para o tal pediatra que me recomendou, o Dr. X, e aqui estamos.”, e sorri para mim, eu devolvo o sorriso, e reparando que o Miguel estava mais retraído, algo triste, refiro: “O Miguel contou-me que passou de ano (refiro-me à escola)”, o Miguel começa a falar algo, é interrompido pela mãe que se sobrepõe ao seu discurso, e que diz “sim, vá lá, mas teve muito mal a matemática, quase que ia chumbando, mas depois lá passou...”, ainda num esforço de tentar incluir mais o Miguel digo “ainda bem que tudo correu bem. Também ouvi dizer que eras um futebolista...”, e o Miguel sorri e diz muito rápido: “quero ser como o Cristiano Ronaldo! Jogo futebol na praia...eu dantes gostava mais de ir à praia...agora já não gosto...”, a mãe do Miguel intrigada pergunta-lhe porquê, e o Miguel responde “houve um dia que tinha ido à praia com os avós...e fui apanhado por um remoinho...se fosse a avó a dar-me a mão lá tinha ido eu...”, a mãe visivelmente surpreendida, e algo embaraçada, diz: “mas, tu não me tinhas contado ...quando é que foi isso?” Ele cala-se, como se tivesse revelado o que conseguia “conter”, aguentar desta experiência traumática, parece que se tocou num ponto relativamente nodal, carregado de afecto. Eu digo: “deves ter ficado assustado, Miguel...mas a tua avó agarrou-te...”, a mãe acarinha-o no cabelo novamente, ele não responde (alias parece desviar-se subtilmente), e foca o olhar nas próprias pernas, está visivelmente tenso.

Entretanto apercebo-me que o nosso tempo está a terminar, e a mãe do Miguel refere “ele agora vai de férias para o pai...durante 15 dias, eu fico muito aflita, muito preocupada, sinto-me muito sozinha...sem ele.” Eu de forma intuitivamente pergunto-lhe, porque por momentos me confundo “mas o Miguel vive consigo agora, não é?”, e a mãe do Miguel responde “não ele agora vive com os avós, porque tenho que trabalhar...”, eu entretanto recorro-me da situação e digo “há sim, já me tinha contado...”, e aproveito para agradecer muito a disponibilidade, e colaboração à mãe do Miguel, e ao Miguel, e introduzo as próximas actividades do procedimento experimental.

3. Análise dos Desenhos do Miguel

3.1. Registo da interacção durante os desenhos

O Miguel ao desenhar, é excessivamente cuidadoso, arruma cada caneta, esforça-se por ser preciso na arrumação gestos delicados e contidos, respeita a organização original das canetas. É um menino alto e magro, pele bronzeada, veste uma t-shirt simples e uns calções, tem olhar de menino, e quando se alegra,

toda a sua expressão se modifica parecendo uma criança mais nova. Sento-me perto dele em silêncio, convido-o a desenhar, ele acede, e eu sugiro que ele *desenhe uma pessoa* (**ver, por favor, Anexo II.I**), ao que me diz “uma pessoa? Está bem!”. Começa por desenhar o sol que reparo que está de óculos escuros, as nuvens, as árvores, as flores, respeito o seu tempo, mantenho-me calma, em silêncio, atenta. Sinto que adia o desenho da pessoa, sendo que uns segundos depois acaba por desenhar uma *menina*, quando termina, peço-lhe que me conte uma história sobre o seu desenho, e ele acede ao pedido, e diz “é uma menina que estava passear e a ver as flores, e as árvores.” Sinto contenção no seu desenho e na história contada, arriscaria alguma defensividade, que é compreensível dada a natureza excepcional da nossa interação. Pergunto-lhe o que é ele que gosta mais de fazer, e o Miguel responde, ao mesmo tempo que dá uns últimos retoques *no desenho da pessoa*, “Gosto de jogar futebol...gosto de ir à praia...que dizer agora já não gosto tanto...gosto é de jogar futebol...eu quero ser como o Cristiano Ronaldo, quando for grande quero ser jogador de futebol, é o meu sonho!”. Sorrio-lhe e digo, “já não gostas da praia? Então porquê Miguel?”, e ele responde-me “Porque não!” relativamente exaltado. Eu continuo “mas, gostas de jogar futebol, e queres ser como o Cristiano Ronaldo. É o teu sonho...”, ele responde “sim, eu não sei se vou conseguir, mas acho que sim...”, instala-se algum silêncio, e pergunto ao Miguel “Costumas jogar à bola com os teus amigos? Tens assim algum que seja mais especial, um melhor amigo?”, e o Miguel responde a sorrir “sim, tenho é o Ruben”. Volta a mergulhar no seu desenho, e diz: “a minha mãe é alemã, eu sei dizer algumas palavras...”, eu digo “a sério? A tua mãe é alemã? E o teu pai?”, lembro de ter pensado que era estranho, porque a mãe do Miguel não parecia alemã, lembro-me falava português perfeitamente, e o Miguel continua dizendo “o meu pai é português!”. Eu pergunto-lhe se já esteve na Alemanha alguma vez, e ele diz “não, nunca fui, mas a minha mãe disse que se calhar vai comigo neste verão...”. Sinto que ele pode estar a fabular sobre esta viagem, e ele refere imediatamente, como se se auto-criticasse “mas ainda não sei...pode não dar...”. Acaba o desenho, anuncia-o, e eu sugiro que o assine, ele acede, e escreve o seu nome no centro da folha com 4 cores distintas, uma para cada nome. Espontaneamente, penso como será o seu sono durante a noite, se terá pesadelos, e aproveitando o silêncio, pergunto-lhe: “Miguel, costumas sonhar de noite?”, ele responde-me com um ar intrigado “sonhar?!”, e eu reformulo a minha pergunta dizendo “alguns meninos da tua idade costumam sonhar enquanto dormem, e às vezes até têm pesadelos. Tu também tens sonhos bons ou pesadelos?”. Mal acabo a frase e ele responde-me muito sobressaltado: “eu não! eu nunca sonho! Nem nunca tenho pesadelos!”, sentindo algum susto e precipitação na sua resposta, tento amenizar o ambiente afectivo, e pergunto “Então e sonhar acordado? Costumas sonhar acordado?”, o Miguel responde visivelmente mais aliviado, e diz “Sim, sonho que sou o Cristiano Ronaldo, e vou ser como ele quando for grande...”. Acaba de escrever o nome, entrega-me o desenho, volta a olhar para as folhas brancas que estavam ao seu lado esquerdo, mas não lhes toca. Pergunto se ele quer fazer outro desenho, ele diz que sim, e eu sugiro que ele *desenhe a sua família* (**ver, por favor, Anexo II.II**), “assim, apresentas-me a tua família!”, digo sorrindo. O Miguel retribui o pedido com uma pequena gargalhada, fica visivelmente entusiasmado (lembro de pensar que parecia mais novo), agita-se um pouco na cadeira, e começa o desenho com grande dedicação. O sol é novamente o primeiro a ser desenhado, continua com óculos escuros, e depois as nuvens que desta vez são maiores, mais desorganizadas. Depois desenha 17 círculos cor-de-rosa alinhados, que correspondem às

cabeças dos bonecos que representam cada elemento da sua família. A dispersão na família é muito marcante. É muita gente, tanta gente que ele tem medo de se esquecer de alguém, comenta isso comigo. São todos pequeninos, e desenhados directamente na base da folha. Começa a desenhar sequencialmente, e de forma alinhada cada membro da família, sendo que o primeiro que surge é *o pai*, depois *a mãe*, depois os avós. A sua forma de desenhar é metódica, respeita uma lógica pré-concebida, reparo que faz bastante força no lápis enquanto desenha. A dada altura, desenha o boneco que diz ser um vizinho, que também é incluído na família. Intrigada pergunto-lhe a idade do vizinho, ele responde “já um homem, tem a idade do meu pai ...eu gosto dele, ele dá-me prendas...”. Diz isto e esconde-se a sua cara atrás do braço que desenha, a sua expressão fica séria, um misto entre tristeza e dureza. O ambiente afectivo fica carregado, e na altura, faço espontaneamente a fantasia, desta relação entre o Miguel e o vizinho poder ser relativamente desadequada, ou coloque o Miguel sob alguma forma de risco. Lembro de achar estranha, a ênfase do Miguel nas prendas. Entretanto a mãe do Miguel sai da consulta, e continua a preencher o questionário, o Miguel distrai-se, muda de assunto, eu sinto-me apreensiva, preocupada, mas não forço o tema, não era o contexto apropriado para fazê-lo. Continua o seu desenho, e intuitivamente sinto que posso abordar o sintoma do Miguel com ele, sinto que já existe à vontade, um ambiente de aceitação e confiança para fazê-lo. Pergunto-lhe “Miguel, em relação a este problema que surgiu agora com o fazer cocó, onde é que costuma acontecer?”, o Miguel fala naturalmente do sintoma e diz “é mais em casa...”, eu pergunto calmamente, “e na escola não costuma acontecer?”, e o Miguel responde muito rapidamente “achas!!...não é mais em casa...era bonito, era...só uma ou outra vez é que aconteceu lá (na escola) ”. Eu pergunto-lhe “como é que te sentes antes de acontecer?”, e o Miguel diz, com um tom de voz mais adulto “dá-me dores...uma dor que atravessa a espinha toda...mas eu agora já consigo fazer (como se houvesse um tempo em que lhe fosse muito difícil) ...ainda ontem fiz!”. Quando o Miguel me fala do sintoma, concentra-se perfeitamente nas sensações e na sua descrição, os movimentos do seu corpo acompanham a descrição, ele localiza a dor com as mãos, lembro de achar um pouco bizarro a precisão, cuidado e investimento do Miguel na descrição das sensações que acompanham o impulso para defecar. Na altura, ele fez-me lembrar, uma pessoa mais idosa que conhece o seu corpo, e descreve as dores que sente com exactidão e atenção. O desenho da família vai-se completando, e o Miguel e a sua mãe são chamados ao gabinete médico, para o Miguel ser examinado. Mais tarde, quando sai da sala, o Miguel tem uma expressão que exprime desconforto, visto que fez um exame específico, e colocou um clister, fala-me disso quando estamos sozinhos, dizendo que dói, e mostrando aborrecimento porque “ vou ter de fazer aquilo todos os dias...”. Mantenho em silêncio, e depois digo “é chato teres que fazer o tratamento...eu sei...mas é para ver se melhoras, assim que ficares bem, já deixa de ser preciso...”, ele fica em silêncio, como que processando que lhe digo, e depois refere espontaneamente “eu vim para cá de ambulância com a minha mãe...é muito fixe...muito melhor do que vir de autocarro...”. Encaminhamo-nos para a porta para ir buscar a sua mãe, e darmos início à entrevista.

3.2. Análise Psicodinâmica dos Desenhos

Os desenhos são instrumentos pouco invasivos, capazes de oferecer informação pertinente sobre a vida afectiva da criança em questão, e úteis enquanto complemento no processo de

formulação de hipóteses clínicas (Osten, & Gould, 1978). No caso específico do Miguel, os desenhos oferecem riqueza compreensiva à sua problemática (sintoma encoprese), sendo por esse motivo, que se achou pertinente a inclusão neste estudo de caso exemplificativo do procedimento experimental proposto, do desenho de *uma pessoa e da família*¹⁹, enquanto complemento (valorização de uma abordagem *idiossincrática* do estudo do sintoma encoprese) do raciocínio predominantemente nomotético, até aqui enunciado, sobre o sintoma encoprese. O desenho de *uma pessoa* é útil, enquanto forma de expressão emocional e simbólica dos conflitos e afectos preponderantes na realidade afectiva da criança que desenha, e pode informar quanto ao auto-conceito, na medida em que algumas das características das figuras humanas tendem expressar através do mecanismo projectivo, a forma como o próprio se percebe (Osten, & Gould, 1978). Além disso, “o desenhar de uma pessoa parece estimular sentimentos conscientes em relação à imagem corporal e ao auto-conceito, quer física, quer psicologicamente” (Osten, & Gould, 1978, p.41), o que é particularmente relevante para a compreensão do sintoma encoprese, dada a sua natureza psicossomática.

Por outro lado, o *desenho da família* é utilizado principalmente enquanto forma de discernir algumas características da percepção da criança em relação ao seu contexto familiar, e à sua inclusão no mesmo (Osten, & Gould, 1978), o que é particularmente relevante para o estudo do sintoma encoprese, cuja natureza afectiva-relacional tem vindo a ser sistematicamente afirmada ao longo da literatura psicanalítica (e.g. Santos, & Caldas, 1975).

Após esclarecermos e justificarmos a inclusão destes desenhos nesta exemplificação do procedimento experimental, passamos à análise sumária dos desenhos do Miguel. Todas as *considerações clínicas* levantadas a propósito destes desenhos deverão ser entendidas, tomando em consideração a sua natureza necessariamente *hipotética*, ainda que clinicamente fundamentada.

Posto isto, em relação ao primeiro desenho do Miguel (*desenho de uma pessoa*; **ver, por favor, Anexo II.I**), somos sensíveis ao facto de à sugestão de desenhar uma pessoa, o Miguel escolheu desenhar uma menina, em vez de uma representação congruente com a sua identidade sexual. Isolado este dado pode não ter grande significado, e hipoteticamente, o Miguel poderá até se ter defendido (foi o nosso primeiro contacto) representando, por exemplo, a experimentadora, em vez de si próprio. Apesar de tudo, integrando outros dados clínicos, esta forma de abordagem da tarefa não exclui a possibilidade existir *alguma fragilidade na consistência e solidez das suas identificações ao sexo masculino* (Oster & Gould, 1987), visto que: 1) o Miguel tem uma relação

¹⁹ Não correspondem a nenhum instrumento psicológico específico (contudo, esta sugestão inspira-se na prova *Draw a Person Test* (Machover, 1952), e no *Family Drawing Technique* (Wolf, 1942)), logo as propostas feitas ao Miguel devem ser encaradas apenas como sugestões temáticas para os desenhos, dada a sua relevância clínica, e riqueza informativa, desempenhando apenas um papel complementar à informação recolhida com as restantes provas psicológicas.

marcadamente ambivalente, ou mesmo predominantemente negativa com o pai, tornando mais difícil o processo natural de identificação (como se verificará mais à frente no documento); 2) o padrasto (actual companheiro da mãe) é por ele representado no desenho da família por engano ou lapso, como *uma mulher* (por distração o Miguel desenha uma mulher em vez de uma figura masculina correspondente ao padrasto, apesar de o nomear como padrasto, **ver Anexo II.II**); 3) além disso, a organização do sintoma encoprese tem sido conceptualizada como uma forma de *evitamento* dos conflitos edipianos, do acesso à genitalidade e correspondente consolidação da identidade sexual, visto que implica uma regressão e/ou fixação à fase anal do desenvolvimento psicosexual (e.g. Boubli, 2001).

O Miguel desenha espontaneamente, um sol de óculos escuros (por hipótese, uns óculos que o embelezam e o protegem de algo, que o defendem, que lhe escondem o olhar, um olhar que possa passar a afectividade de que se defende), árvores e flores, em que as flores, aparecem relativamente estereotipadas, mas *árvores* parecem mais reveladoras de *indicadores emocionais relevantes*. Tanto a copa e o tronco são desenhadas apenas pelo *contorno*, não são preenchidas. Aliás é um traço no seu desenhar, não investe no preencher, no pintar, no dar um conteúdo. Prefere o salientar o contorno, o que envolve, o que contém, é isso que o que o marca e que simboliza. A *dinâmica continente-contéudo* é muito pertinente na compreensão do sintoma *encoprese retentiva*, em que se verifica, paradoxalmente, o “encher”, o preencher sistemático dos intestinos com as próprias fezes. Por hipótese, é como se o Miguel se descobrisse, como se procurasse os seus contornos internos, e intra-psíquicos, *os seus limites*, os mesmos limites que enfatiza no desenho. O preencher dos contornos (dar um conteúdo, cor), é secundário, neste esforço de re-descobrir *os limites*.

As raízes das árvores salientam-se como traço relativamente distinto, são visíveis e não estão integradas no *solo* (evidência de *transparência* no seu desenho), que está *ausente* sendo a base da folha utilizada como suporte ao desenhado. Em relação à ausência de chão nos desenhos, esta tem sido associada à vulnerabilidade face ao stress (Oster & Gould, 1987), como se os recursos psicológicos e adaptativos do Miguel não estivessem neste momento a serem suficientes para conter e gerir os acontecimentos da sua vida, tendo o stress repercussões significativas na sua realidade psíquica e capacidade adaptativa, o que também ganha sentido face à presença do sintoma *encoprese*. Por outro lado, a ênfase *excessiva nas raízes*, tem sido associada à *pobreza das repostas emocionais, com capacidade de raciocínio e de pensamento* relativamente limitados (Oster & Gould, 1987), sendo a transparência, uma evidência de um foco na representação simbólica pura, em que a criança desenha o que *representa* (o que sabe que existe), e não o que *vê* (integrando a sua percepção e concepção com os dados da realidade). Este tipo de expressão simbólica é típico de crianças mais novas, sendo que no período da latência tende a ser progressivamente abandonada (Oster & Gould, 1987). No caso do Miguel pode colocar-se a hipótese, das dificuldades emocionais

associadas à organização do sintoma encoprese, nomeadamente, a retenção do afecto agressivo e depressivo (pobreza da sua simbolização) encontrarem neste elemento do desenho alguma expressão. Um *enfoque defensivo na realidade* – como se pensasse “as árvores têm que ter raízes” – (mas que revela o *esforço* necessário para o manter, empobrecendo a integração entre o pensamento simbólico, a afectividade, e a realidade) por hipótese, devido ao bloqueio da simbolização das suas fantasias (agressivas, libidinais e ligadas ao conflito edipiano, e até depressivas)

As árvores, as pessoas são *pequenas* e *ocupam pouco espaço da folha*, apesar de existir alguma ênfase no respeitar das suas proporções. Esta tendência para a pequenez dos elementos desenhados de é uma constante no desenhar do Miguel. Em relação especificamente às árvores, esta tendência tem sido associada à presença e expressão simbolizada de *sentimentos de inferioridade*, de *insignificância* (Oster & Gould, 1987). Também a menina desenhada chama a atenção pela *pequenez* do seu tamanho, que tem sido associada à presença de sentimentos de *desadequação*, *baixa auto-estima* (Oster & Gould, 1987), congruentes com a vivência associada à presença do sintoma encoprese na vida do Miguel (ligação com o contexto escolar, familiar, as amizades). Uma menina pouco investida, com pouco pormenor no seu desenhar. A ausência da representação do *pescoço humano*, e das *mãos* também é uma constante no seu desenhar, aquisições que seriam esperadas para a sua fase de desenvolvimento, que parecem denunciar a influência de uma problemática emocional expressa através da organização do sintoma *encoprese*, e que tem *influência na capacidade adaptativa e no desenvolvimento do Miguel*.

Por último, a história que o Miguel conta é simples, relativamente pobre, em que o Miguel apenas constata a realidade. Uma história em que a imaginação parece contida (tal como as suas fezes), com alguma pobreza simbólica, parecendo defender-se (uma defesa natural, visto ainda estarmos a iniciar o nosso contacto, mas ainda assim, informativa em relação ao seu funcionamento).

Em relação ao *desenho da família* (**ver, por favor, Anexo II.II**), salienta-se a desorganização das nuvens, mais libertas, menos contidas. O Miguel consegue a partir do nosso contacto, envolver-se de forma positiva e afectiva comigo, expressar-se com maior fluidez, o que é bastante significativo, e diz dos seus recursos e capacidade para aproveitar as situações para evoluir, crescer. Apresenta-me a família com grande cuidado, respeito. A *pequenez dos desenhos de figuras humanas* volta a ser um traço muito significativo, assim como a *ausência de mãos* e dos *pescoços* que se mantém. Em relação ao primeiro aspecto (*pequenez das figuras humanas*) verificam-se associações deste traço no desenho com a presença de sentimentos de insegurança afectiva, *recolhimento* no sentido da retirada depressiva, depressão, sentimentos de desadequação (Oster & Gould, 1987). Por outro lado, a *ausência de mãos* nos desenhos de crianças tem sido associada à presença de *sentimentos de inadequação*, excessiva *ansiedade* e perturbação da vida psíquica (Oster & Gould, 1987). Além disso, pensar as mãos enquanto formas de representação da possibilidade de

acesso ao prazer genital, parece também um dado relevante para a omissão das mesmas por parte do Miguel. Vale a pena deter-me sobre a ordem de representação dos diversos elementos da família. A primeira figura é o pai, sem dúvida uma figura de grande importância no psiquismo e afectividade do Miguel. O denegrir conjunto, por parte da mãe do Miguel e do Miguel, em relação à figura paterna preocupa-me, pois diz da dificuldade do Miguel se identificar com o membro do mesmo sexo, de quem sente medo, por quem sente muita agressividade, raiva (expressas). Apesar de tudo, é o pai que é representado em primeiro lugar, o que diz da “fome de pai” que o Miguel simboliza. Ver-se forçado a odiar o pai²⁰, é ver-se forçado a odiar o “masculino” em si, e aquilo em que ambos são semelhantes. A mãe surge de seguida ao lado do pai (a natural fantasia de reconciliação poderá ser um elemento simbolizado pelo Miguel), visto que o padrasto e madrastra aparecem juntos, e são representados depois dos avós, dos tios. A distância no espaço da folha pode ser um indicador da proximidade afectiva que o Miguel simboliza ao desenhar (Oster & Gould, 1987). Há uma hierarquia relativamente clara, o Miguel é metódico e investe no desenho de cada figura individualmente, como se fizesse o esforço de os lembrar, representar, respeitando a ordem de significância afectiva de cada elemento. O *padrasto por lapso é representado como mulher*, por hipótese, o Miguel não sentirá no padrasto um modelo de identificação masculino alternativo, mantendo o seu investimento no pai, o modelo original apesar da extrema ambivalência relacional para com ele, ou ainda, por hipótese, poderá simbolizar a sua própria dificuldade em integrar e desenvolver o seu próprio lado masculino (arriscaria, um lado mais *agressivo*) na relação com os que ama, projectando uma parte de si na representação do padrasto.

Em relação à *representação de si próprio*, é de notar novamente a *ausência de mãos* (por hipótese, um genitalidade e sexualidade insuficientemente integradas e simbolizadas – o Miguel conta-me durante a aplicação do FRT, que ainda dorme na cama com a mãe, quando o padrasto não vai dormir a casa, algo que não é revelado pela mãe), e desta vez a ausência de pés (única figura em que esta omissão ocorre), que tem sido associada a sentimentos de *falta de autonomia e independência do self* (Oster & Gould, 1987), e acaba por fazer sentido com o envolvimento e grande proximidade descritos pela mãe do Miguel (“*mãe-galinha*”, e o seu “*filho-galo*”, sendo depois corrigida pelo Miguel, que diz ser “o filho-pinto”, e não galo – por hipótese, o Miguel fantasia “ocupar” o lugar afectivo do pai na cabeça e coração da sua mãe). Complementarmente, a distância em que as crianças se colocam em relação aos membros da família mais significativos tende a simbolizar a distância percebida em termos da proximidade afectiva e valor próprio na família (Oster & Gould, 1987). No desenho do Miguel salienta-se a *dispersão das vinculações*, existem muitas pessoas investidas afectivamente, contudo ele representa-se próximo da irmã (2

²⁰ Ódio pelo pai por ter deixado a mãe, por lhe bater, por ter batido na mãe, pela ausência na sua vida - a relação real parece pobre nas descrições efectuadas, sendo que o pai não estava presente na consulta médica, o que em si também diz algo sobre o investimento no próprio filho.

anos), de quem diz gostar muito (a quem gosta de dar muitos mimos), e distante quer dos pais, quer dos avós (sendo que o Miguel vive com os avós). O Miguel parece simbolizar (por hipótese), *sentimentos de pertença frágeis* (na sua percepção, que não tem necessariamente de corresponder à realidade, mas interessa-nos as suas fantasias e forma como sente a relação com os seus familiares mais significativos), solidão, alguma *carência afectiva* (mostrou-se muito disponível, diria mesmo sequioso de afecto e atenção, no contacto comigo). A tendência para *o desenho das figuras humanas pequenas*, de certa forma corrobora este raciocínio, complementando-o com a respectiva *dimensão depressiva latente* (*depressividade*, segundo Coimbra de Matos, 2003) associada à problemática da *encoprese*.

4. Apresentação e Interpretação dos resultados da aplicação do *Family Relations Test* (FRT-revised) (Bene & Anthony, 1978) ao Miguel.

O *Family Relations Test* (FRT-revised) (Bene & Anthony, 1978) é uma prova projectiva extremamente rica, e com potencialidades muito relevantes, algo que foi verificável nesta aplicação. Consegue de forma parcimoniosa, abranger a realidade nomotética necessária à investigação científica em psicologia clínica, e de forma rica e complementar, alcançar a realidade ideográfica possibilitando um estudo aprofundado das dinâmicas psico-afectivas nas crianças, quer existam evidências de sofrimento psicológico ou não. Apesar disso, é importante salientar que alguns dos itens da prova, estão desactualizados, visto que o tipo de linguagem utilizado está relativamente distante do necessário para que a compreensão do seu conteúdo seja plena. Foi isso que senti, e pude verificar com o Miguel. Foi necessário por várias vezes, esclarecer o significado de cada item para que ele conseguisse, fazer a escolha de forma autêntica. Num trabalho de investigação futuro, será necessário trabalhar a prova, nomeadamente o conteúdo dos seus itens neste sentido, procedendo aos devidos ajustes para que a compreensão dos seus conteúdos seja mais directa, e o tempo de resposta e de aplicação da prova diminua, e seja rentabilizado.

Posto isto, segue-se a *interpretação dos resultados do Miguel no FRT* (ver por favor, **Anexo II.IV**) (segundo Bene, & Anthony, 1985), em relação aos aspectos clínicos mais pertinentes para a compreensão do seu caso, e contextualização psico-afectiva do sintoma encoprese (retentiva, forma secundária).

Em primeiro lugar, em relação *ao envolvimento total* (afectividade consciente e inconsciente, tal como avaliada pela prova) do Miguel com os elementos que compõem o seu círculo familiar subjectivo, importa referir que o Miguel revela *um hiper-investimento afectivo nos pais*, as pessoas que se revelam mais significativas na sua vida afectiva, acompanhadas pelos avós maternos, figuras de vinculação e apoio alternativos na ausência da mãe do Miguel. Também a irmã de 2 anos (filha da nova ligação do pai com a madrasta do Miguel) se revela como um figura de vinculação muito

significativa. A salientar é a *discrepância na qualidade* do investimento que o Miguel *sente que realiza*, e que *recebe* de ambos os pais. A mãe revela-se na vida intra-psíquica do Miguel como *uma figura fortemente idealizada*, em que a percepção dos *afectos negativos* recebidos da sua parte é muito desvalorizada e abafada. Por outro lado, o Miguel, na caracterização do seu investimento afectivo na relação com a mãe, omite por completo a expressão de afectos negativos, algo que revela uma tendência pouco sanígena para o funcionamento psico-afectivo do Miguel, em que *a agressividade* e *a negatividade* (naturais, típicas de uma relação ambivalente e matura) são negadas e/ou recalcadas. Combinando esta tendência por parte do Miguel, com a natureza *abertamente negativa* e *expressa* na relação com o pai, compreende-se que *a resolução do conflito edipiano não está ser e/ou não foi bem consolidada*. O Miguel caracteriza o pai (*a representação* que elaborou do pai) como uma pessoa violenta, de quem tem medo, em que *a negatividade*, *a agressividade*, e *os afectos negativos* são preponderantes (quase dominantes) quer em termos do afecto que o Miguel sente *receber*, quer em termos do afecto que o Miguel declara como predominante no seu investimento afectivo (consciente) em relação ao pai. A mãe do Miguel é eleita na sua realidade afectiva como a maior *fonte* de amor e como o mais significativo *objecto* de amor. O pai do Miguel é representado na sua vida afectiva como a figura que é *alvo de maior hostilidade* expressa, e ainda como a maior *fonte* de hostilidade (o Miguel sente que o pai demonstra, em relação a si, negatividade e agressividade). Em síntese, a resolução do conflito edipiano, com a respectiva identificação ao elemento do casal do mesmo sexo, que confere uma cota muito significativa da identidade secundária e sexual do Miguel (identidade enquanto rapaz que virá a ser homem como o pai), parece estar *bloqueada*, em que o Miguel se obriga a amar conscientemente a mãe, de forma *idealizada* (aceitar a identificação com a mesma), e *a odiar o pai* (de forma consciente e expressa) não existindo espaço (psíquico e afectivo) para a necessária identificação com o mesmo. Sente-se o vazio identitário do Miguel em relação à identificação com a figura paterna, que procura compensar, com figuras alternativas, tais como, o avô, o padrasto, e o vizinho (que tem a idade do pai, e que “dá presentes”, segundo o Miguel). A necessidade de idealização da figura materna parece “encobrir” *angústias mais primitivas de separação*, de perda do *amor do objecto*, e do *próprio objecto* (ligação afectiva entre ambos tem contornos anaclíticos, em termos da realidade intra-psíquica do Miguel), que contextualizam e conferem significado ao sintoma da *encoprese retentiva*, *um mecanismo de defesa* (vivido no corpo) contra o *medo da perda* (da mãe, do pai, de partes de si, da sua identidade masculina simbolizadas nas fezes guardadas até ao limite), e ainda, uma forma de libertação encontrada na defecação inconsciente (os acidentes) um momento privilegiado de *expressão de agressividade* não mentalizada, ou elaborada simbolicamente na relação com a figura materna idealizada. A separação dos pais durante o período de aquisição do controlo dos esfíncteres elabora a marca (a fixação) a que o Miguel parece regredir agora no seu sofrimento expresso pela alteração

do funcionamento intestinal. Por último, importa também referir, *o papel substitutivo* que o Miguel, em termos da sua realidade afectiva, sente ocupar, *o lugar do pai* (ou do padrasto), e que exprime indirectamente, o sobre-envolvimento com a figura materna. O lapso inconsciente da mãe do Miguel (“Mãe-galinha” e o “filho-galo”, em vez de “mãe-galinha” e o “filho-pinto”, como corrige o Miguel), e a revelação do Miguel com algum embaraço de que ainda *dorme na cama da mãe*, frequentemente, corroboram em grande parte esta hipótese clínica. A culpabilidade inconsciente da parte do Miguel, tomando em consideração esta realidade psico-afectiva (fantasiada ou não) é massiva, intolerável, e extremamente difícil de simbolizar.

Em segundo lugar, os *mecanismos de defesa* apurados na prova do Miguel (**1- idealização da figura materna/feminina**; **2- projecção massiva da negatividade e agressividade na figura paterna**; e **3- tendência regressiva defensiva**) não são suficientes para *conter* de forma eficaz a sua vida psico-afectiva. A falência parcial do mecanismo do *recalcamento* típico da resolução do conflito edipiano na gestão desta vida conflitual, revela a natureza e intensidade intoleráveis para o Miguel, sendo *o corpo magoado*, e utilizado como veículo de *descarga* de uma conflitualidade dificilmente mentalizável, simbolizável.

Em terceiro lugar, e ainda relacionado com *a insuficiente organização* do mecanismo de *recalcamento* (típico do conflito edipiano), está o grau de *desinibição* dos *afectos negativos* (grau **4**, numa **escala de 1-5**) que o Miguel demonstra, preferencialmente na relação paterna. Nos perfis de crianças encoprélicas apresentados por Bene & Anthony (1985), o grau de inibição associado ao sintoma encoprese, foi de forma relativamente consistente, o grau **2** (representa inibição afectiva, quer negativa, quer positiva). A discrepância entre o grau de inibição do Miguel e o esperado, pode ser compreendida no contexto de uma relação muito positiva, e *aceitante* que se foi desenvolvendo entre nós, mesmo em termos triangulares (ou seja com a presença positiva e atenciosa da mãe do Miguel), que parece ter potenciado além de um momento de avaliação, também em grande medida um espaço de expressão emocional genuína por parte do Miguel, mas que não parece ser a sua forma de funcionamento preferencial (representa em nossa opinião um “abaixar” dos mecanismos de defesa quotidianos). Complementarmente, o *Ninguém* (figura simbólica do que não é aceite na consciência, ou seja, do *recalcamento*) é muito pouco investido pelo Miguel nesta prova. Sobre *o recalcamento primário* já descrito, *a repressão* do sentir que encontra libertação na perturbação do funcionamento somático, como mecanismo adaptativo. Em relação à inibição da afectividade positiva, o Miguel posiciona-se no *grau 3* (focagem fortemente positiva na figura materna, em crianças com menos de 12 anos), um equilíbrio aparentemente sanígeno entre inibição/desinibição da expressão dos afectos positivos. Eventualmente, um *recurso adaptativo do Miguel*, que se revela no nosso encontro, uma criança atenta, disponível, simpática, prestável, e abertamente carinhosa.

Por quarto, e último lugar, vale a pena mencionar os sentimentos “auto-dirigidas” ou egocêntricos, que o Miguel revela conscientemente para consigo próprio, e fazer uma referência à medida da *dependência* (junção dos itens de sobreprotecção e sobre-indulgência materna e paterna) tal como concebida na vida afectiva do Miguel. Em relação a sentimentos positivos para consigo próprio (auto-estima), importa referir que são preponderantes nas respostas do Miguel, apesar de em relação à auto-depreciação (sentimentos moderadamente ou fortemente negativos em relação ao self), o Miguel manifestar um sentimento fortemente negativo para consigo próprio (proporção no Miguel: 4 afectos moderadamente positivos para 1 afecto fortemente negativo). Revela capacidade de se “alimentar”, valorizar, apesar do sofrimento que vive, o que é certamente um recurso ou demonstração de resiliência da sua parte. Por outro lado, em relação à *dependência afectiva*, importa referir que Miguel parece sentir que a sobreprotecção materna é preferencialmente dirigida aos avós (o que faz sentido, sendo pessoas idosas, e que evocam da parte da mãe do Miguel sentimentos de protecção naturais), e para si, apesar de revelar sentir que a protecção materna é mais dirigida aos avós maternos. Neste contexto, vale a pena relacionar a tendência para *o adoecer*, mais típica dos avós (por serem pessoas mais idosas), e de uma percepção inconsciente por parte do Miguel da capacidade da sua mãe de *cuidar na doença*, revelando carinho e atenção específicas neste contexto. Assim, o adoecer físico do Miguel, com o sintoma *encoprese* consegue de forma indirecta e inconsciente reivindicar o carinho, cuidado, atenção que são naturais na mãe para com os próprios pais, e que o Miguel parece inconscientemente reclamar para si próprio. Além disso, em relação à *sobre-indulgência paterna*, é curioso que o Miguel percepção o investimento afectivo e protector do pai, exclusivamente ligado à actual companheira (madrasta do Miguel), e à filha do casal de anos (irmã do Miguel), excluindo-se (na sua fantasia ou não) deste sentimento de protecção do pai para consigo. A figura do *Ninguém* é curiosamente o mais investido com sobreprotecção materna na percepção do Miguel, como se de alguma forma expressasse a sua carência afectiva, como se sentisse (inconscientemente) que a mãe lhe poderia dar mais atenção, afecto, carinho, intimidade (sem necessariamente ter de recorrer à sua expressão sob a forma de sobreprotecção). O afecto materno que está a ser remetido para o *Ninguém*, na realidade afectiva do Miguel. No fundo, são pistas clínicas extremamente relevantes se se prosseguisse uma intervenção no caso específico do Miguel.

5. Apresentação e Interpretação dos resultados da aplicação do *Defense Mechanism Inventory* (DMI) (Gleser & Ihlevich, 1969) à Mãe do Miguel.

A perspectiva de Santos & Caldas (1972) fundamenta uma das hipóteses formuladas na presente investigação, a de que seria expectável que as mães das crianças com o sintoma encoprese

apresentassem um perfil defensivo que dependeria principalmente de mecanismos de defesa da *linha obsessiva* (e.g. intelectualização, racionalização, isolamento dos afectos, formação reactiva).

A prova ***Defense Mechanism Inventory (DMI)*** (Gleser & Ihilevich, 1969) provou ser um instrumento *pertinente e útil, quer enquanto instrumento de investigação, quer como instrumento capaz de recolher informação clínica significativa*, se abordarmos o caso numa perspectiva idiossincrática. Da multiplicidade de dados clínicos recolhidos a propósito deste estudo de caso exemplificativo do procedimento de investigação, o DMI mostrou-se capaz de recolher informação pertinente, simultaneamente, convergente e complementar para a compreensão da problemática do Miguel, oferecendo um contributo inovador, mais completo para a reformulação da hipótese da presente investigação, relativa ao perfil defensivo preferencial das mães destas crianças. A adequação do **DMI** como instrumento psicológico pertinente para esta investigação encontra fundamento neste estudo de caso, quer em termos teórico-clínicos, dada a possibilidade de avaliar os mecanismos defensivos segundo os constructos psicanalíticos em questão, quer em termos práticos, visto que a tarefa de resposta ao questionário não se mostrou muito exigente em termos de tempo necessário no seu preenchimento. Também o grau de aceitação e facilidade de realização da tarefa por parte da mãe do Miguel, a relativa simplicidade de cotação e interpretação dos resultados, e a eficácia, sensibilidade e congruência da informação recolhida com a prova, foram muito significativas.

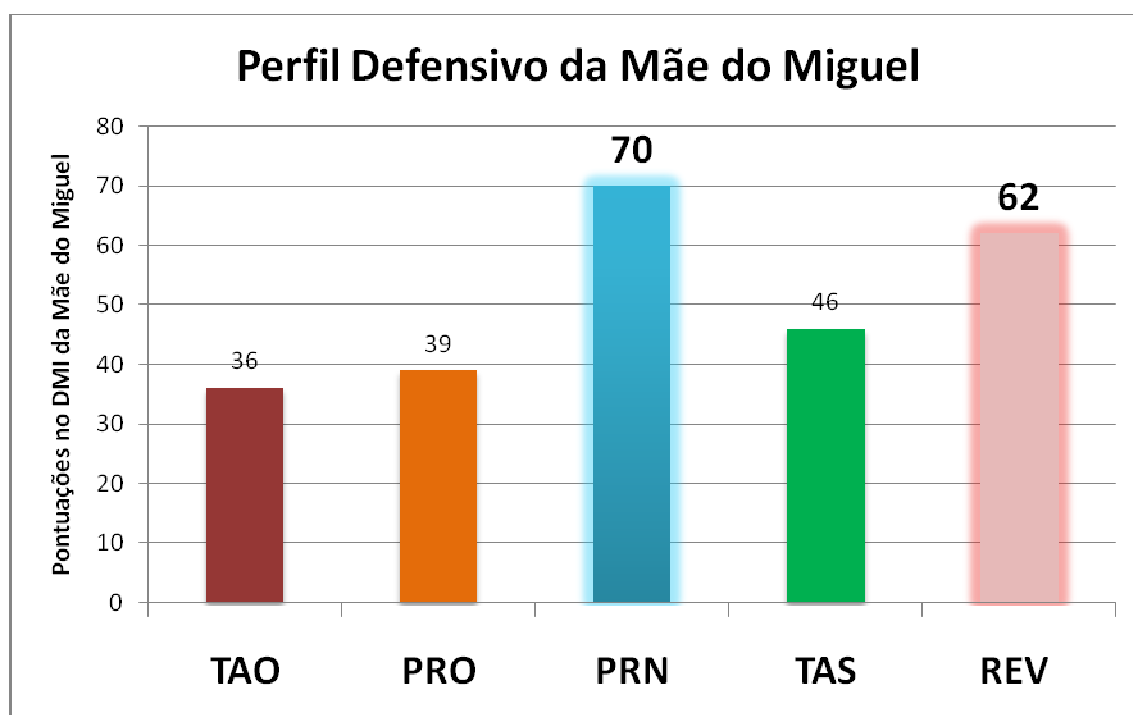
Posto isto, importa dizer também que *a análise do perfil defensivo* da mãe do Miguel permite não só retirar **conclusões** (muito limitadas visto ser apenas um estudo de caso) congruentes com as hipóteses formuladas, como também permitiu descobrir, diferenciar e avançar *novos dados complementares*, que serão úteis para **a re-formulação das hipóteses** originais desta investigação, visto que introduzem *um conhecimento mais preciso e inovador* sobre a influência deste factor no desenvolvimento e manutenção do sintoma *encoprese* em crianças em idade escolar (cuja etiologia é necessariamente multi-factorial).

Da análise dos *resultados obtidos no DMI pela mãe do Miguel* foi possível identificar um perfil defensivo típico, nomeadamente a configuração defensiva baseada na combinação da tendência para a *intelectualização* (PRN) e na tendência para a *repressão* (REV) enquanto mecanismos de defesa preferenciais (**Perfil PRN/REV**)²¹.

O *perfil defensivo da mãe do Miguel* consiste:

²¹ Para a categorização segundo este tipo de perfil defensivo, é necessário assegurar que PRN e REV sejam ambos superiores a 60 (no resultado já normalizado – T-SCORE), e que têm pelo menos 6 pontos de diferença um do outro, sendo que as pontuações das outras escalas (TAO, PRO, TAS) deverão ser inferiores a 60 (Ihilevich, & Gleser, 1991).

TAO=36; PRO=39; **PRN=70**; TAS=46; **REV=62**.



- Análise Clínica do Perfil Defensivo da Mãe do Miguel: Perfil PRN/REV:

A interpretação clínica do **perfil defensivo PRN/REV** revela tendência para o evitamento de conflitos directos ou da confrontação nas relações inter-pessoais, para a procura da construção de uma boa impressão social, o que muitas vezes pode estar relacionado com alguma predisposição para a acomodação social, passividade, e excessiva amabilidade para com os outros (com base em mecanismo de formação reactiva e/ou implicando alguma anulação dos direitos do próprio em detrimento do objecto relacional). As pessoas com este perfil defensivo são tendencialmente introvertidas, críticas, com inclinação para a submissão, precaução e timidez. Tendem a hiperadaptar-se para evitar situações de conflito, principalmente com figuras de autoridade. São pessoas responsáveis, de confiança em relação ao seu trabalho, e mostram bastante dificuldade em lidar com mudanças de rotina, preferindo contextos laborais altamente estruturados e previsíveis, e que não exijam muita criatividade, visto que o gosto pelo imprevisto, criatividade e flexibilidade não é muito marcante (Ihilevich, & Gleser, 1991).

A tendência para a utilização do mecanismo de defesa da *negação* é um dos traços mais marcados nas pessoas que evidenciam este perfil como forma de *coping* com a realidade, particularmente com a realidade adversa (Ihilevich, & Gleser, 1991). Face a situações de stress têm pouca tendência para recorrer a comportamentos regressivos como forma de adaptação, ou resolução da situação de stress, sendo muito raro manifestarem sentir afectos mais disfóricos, tais como raiva, ansiedade, e depressão/tristeza. Complementarmente, as mulheres com este perfil

defensivo tendem a utilizar a repressão e a negação na gestão da sua vida afectiva, demonstrando uma tendência significativa na expressão do sofrimento a partir do foco no corpo, e na doença (preocupações somáticas) (Ihilevich, & Gleser, 1991).

A estratégia de repressão dos pensamentos, dos conflitos (passados, presentes ou futuros) e dos afectos como modo de funcionamento mais regular, proporciona um sentimento frágil e precário de conforto e segurança. Complementarmente, sempre que a estratégia de repressão não é suficiente, a intelectualização e a racionalização são utilizadas como estratégias defensivas complementares (Ihilevich, & Gleser, 1991). O evitamento dos afectos penosos, de tristeza, raiva, luto, ou qualquer outra emoção mais são preponderantes, e lembram o conceito de alexitimia da Escola Psicossomática de Chicago.

Face a situações adversas, tendem a racionalizar os problemas, e mantêm a passividade face aos mesmos, sendo que quando a situação é demasiado grave para ser negada (ex. um pedido de divórcio), tendem comportarem-se como se não conseguissem sentir ou integrar psiquicamente os factos dolorosos (Ihilevich, & Gleser, 1991), passando por um estado inicial de choque abrupto e desorganizador (a negação e repressão tornam difícil a organização de expectativas face a situações dolorosas), sendo frequente emergirem sentimentos de *desamparo* (helplessness) e *desespero* (hopelessness) muito significativos, que parecem transparecer alguma fragilidade na capacidade de pensar simbolicamente os seus estados afectivos, isto é, de *representar* psiquicamente a angústia, tristeza, raiva, etc, revelando dificuldades na compreensão do seu contributo e papel para as dificuldades encontradas, e alguma fragilidade na capacidade de aprendizagem com as experiências penosas (Ihilevich, & Gleser, 1991).

As pessoas com este estilo defensivo tendem a organizar toda a sua personalidade no sentido de suscitarem apoio, carinho, protecção e aprovação de figuras parentais ou que detenham algum poder (Ihilevich, & Gleser, 1991), o que revela um sentimento de carência afectiva de base, que é muito significativo. A submissão e a anulação do *self* na relação com os outros é uma importante estratégia de funcionamento da personalidade, que parece organizar-se no sentido da hiper-adaptação e funcionamento em *falso self* (o que não implica que não existam outros recursos alternativos nestas pessoas). A autonomia e sentimento de individuação pode encontrar-se subdesenvolvido, e a experiência de intimidade pode ser sentida como ameaçadora (Ihilevich, & Gleser, 1991).

- Integração dos Resultados obtidos para o Perfil da Mãe do Miguel, com as hipóteses avançadas para esta investigação:

Em relação à preponderância da tendência defensiva da Mãe do Miguel com base em defesas na linha da *intelectualização, racionalização, isolamento do afecto, formação reactiva (PRN)*, ou

seja, as defesas tipicamente desenvolvidas com o ultrapassar e gestão dos conflitos típicos da fase anal do desenvolvimento psicosssexual, os resultados fundamentam, em parte, as hipóteses clínicas a verificar empiricamente nesta investigação.

A hipótese desta investigação, que decorre directamente das hipóteses avançadas por Santos & Caldas (1972, prevê *uma tendência excessiva, sistemática, rígida e contínua ao longo do tempo* para o **foco nos mecanismos da linha obsessiva** por parte das mães destas crianças. Tomando em consideração que este estilo defensivo tem sido associado a uma adaptação geral mais benéfica (Ihilevich, & Gleser, 1991)²², não deixa de ser pertinente colocar a hipótese de que *face à situação específica da organização de uma tendência regressiva e/ou fixação à fase anal* com emergência do sintoma *encoprese*, a rigidez deste estilo defensivo, por parte das mães destas crianças, pudesse revelar-se um factor pertinente e capaz de oferecer um contributo indirecto para a *organização* (inferências clínicas especulativas visto que a prova apenas permite o acesso ao padrão defensivo no momento da aplicação) e/ou **manutenção** deste sintoma, um tipo muito específico de expressão do sofrimento psico-afectivo em crianças em idade escolar.

Curiosamente, **complementando as hipóteses clínicas avançadas**, a *tendência defensiva na linha obsessiva (PRN)* no perfil da mãe do Miguel faz-se acompanhar pela tendência para recorrer a mecanismos de *repressão, negação, denegação da vida afectiva (REV)*. Este estilo defensivo considerado *isoladamente (apenas REV)*, implica uma tendência para negar/reprimir a *percepção de perigo* face a uma situação adversa, respondendo de forma neutra ou positiva (recorrendo ao mecanismo da formação reactiva) face a situações em que se esperaria uma resposta negativa ou agressiva (Ihilevich, & Gleser, 1991). Assim, consegue-se uma diminuição da consciência dos conflitos, o que resulta numa diminuição da ansiedade consciente e dos afectos negativos (agressividade, tristeza, depressão, etc...), e a manutenção de uma ilusão de *controlo ilusório* face às ameaças percebidas (dinâmica similar à tendência para a *negação* como estratégia defensiva preferencial) (Ihilevich, & Gleser, 1991).

As pessoas com este estilo defensivo preferencial desenvolveram as suas estratégias defensivas no sentido da preservação das relações de objecto, negando ou reprimindo sistematicamente a sua ansiedade, agressividade e emoções negativas face a situações adversas²³. O

²² O estilo defensivo, em que predomina essencialmente a *intelectualização (apenas PRN)*, é dos perfis em que se verificou melhor ajustamento inter-pessoal e assertividade, e tem sido associado a formas mais adaptadas de gestão do stress, melhores níveis de auto-estima e de força do ego (Ihilevich, & Gleser, 1991). Este tipo de funcionamento defensivo baseia-se na capacidade de isolamento dos afectos perturbadores face a situações adversas, em que é necessário uma gestão eficaz dos problemas que se colocam. A capacidade de funcionamento eficaz do pensamento lógico, a ênfase no planeamento e na resolução de problemas, sem que os afectos excessivamente perturbadores invadam o ego, face a situações de perigo, pode ser encarada como uma vantagem em termos da adaptação, sendo que a investigação também o corrobora (Ihilevich, & Gleser, 1991).

²³ Existe a tendência, por parte das pessoas que apresentam este tipo padrão defensivo, para o funcionamento em *falso self* na linha da hiper-adaptação, em que o *self* se anula para a manutenção das relações

uso excessivo destas defesas tem sido associado com capacidades adaptativas mais frágeis, e com uma deterioração da saúde física (Ihilevich, & Gleser, 1991). Esta tendência para *o ataque ao corpo (acting in)*, isto é para a *somatização* do sofrimento ligada a este estilo defensivo (*apenas REV*), demonstra a pertinência da ligação deste estilo defensivo com o estilo defensivo **PRN** para a compreensão da organização e manutenção da dinâmica implicada neste sintoma psicossomático específico, a *encoprese*²⁴.

A *emergência desta tendência defensiva* (REV) complementar traz um novo contributo, e oferece uma análise compreensiva mais precisa, acerca da *possível* influência da organização defensiva das mães destas crianças (como hipótese clínica e de investigação), como um factor relevante para a compreensão da *organização*²⁵ e da **manutenção** do sintoma encoprese (cuja etiologia e manutenção tem necessariamente uma natureza multi-factorial), em crianças em idade escolar.

6. Descrição e integração dos resultados da *recolha de dados a partir do Questionário Psicodinâmico* (Matos & Bettencourt, 2007) elaborado nesta investigação

Tomando em consideração que este instrumento não foi aferido, validado, visto que a dimensão e os objectivos do presente trabalho não o permite, a sua aplicação servirá apenas como complemento dos dados qualitativos recolhidos, particularmente em relação a alguns marcadores fundamentais do desenvolvimento, e dados anamnésicos. No sentido, de validar em parte alguns dos dados mais salientes em termos clínicos, recorreremos ao quadro conceptual psicodinâmico para a sua fundamentação. Estamos *conscientes das limitações desta análise*, ainda assim achámos relevante mencionar algumas das informações clínicas recolhidas a partir do Questionário Psicodinâmico (ver **Anexo II.III**), que se revelam pertinentes para a compreensão do caso, e para a compreensão teórico-clínico do sintoma encoprese (e para uma eventual reformulação das hipóteses de

de objecto, em situações em que a ameaça do valor, respeito e integridade da pessoa, exigem uma resposta proactiva de defesa dos seus direitos, limites, e re-afirmação do valor próprio de forma relativamente independente da percepção dos objectos relacionais.

²⁴ Hipoteticamente, por identificação ao objecto primário na relação dual mãe-bebé, a combinação da sensibilidade inconsciente face à *aniedade* por parte da mãe (predomínio de mecanismos defensivos na linha obsessiva, intelectualização, racionalização, isolamento do afecto, formação reactiva – estilo PRN), com a tendência para a repressão, negação dos afectos mais intensos e *somatização* (estilo REV) pode contribuir para uma predisposição para a regressão psico-afectiva com desorganização deste marcador de desenvolvimento na criança (emergência de dificuldades de controlo das fezes), como forma de expressão do sofrimento (um factor possível na rede etiológica multi-factorial que envolve a organização do sintoma *encoprese* em crianças de idade escolar).

²⁵ Em relação à a organização ou etiologia do sintoma, apenas se poderão elaborar algumas *hipóteses* clínicas (pressupondo e esperando alguma congruência e constância no perfil defensivo), que são necessariamente especulativas, visto que o DMI avalia os mecanismos defensivos *no momento* da aplicação, e nesta investigação não temos forma de perceber a relevância deste factor para *o momento de organização* do sintoma encoprese.

investigação originais em relação à importância do *contacto pele-a-pele*, e da forma de avaliar esta hipótese, isto é desenvolvendo e modificando o questionário desenvolvido neste sentido).

1) É de notar a discrepância entre a valorização expressa e manifesta do contacto físico por parte da Mãe do Miguel (algo que observável ao longo da nossa interacção) (ver, por exemplo, *itens 8,9,10,11, 12, 13, 14, 15*), e a resposta que surpreende pela autenticidade implicada, na medida em que na tentativa de lidar com *o choro do Miguel* durante a sua infância, se verificar que ele se tranquilizava preferencialmente com *o mamar* (ou mais tarde com a comida), ou com *a chucha* ou *chuchar no dedo*, em detrimento do **colo e do embalar** enquanto estratégias tranquilizadoras (*item 16*). Segundo a mãe do Miguel, durante a sua infância, o colo e o embalar não eram estratégias eficazes para o tranquilizar quer quando chorava, quer para o adormecer (*item 19*). Está em questão a capacidade de *holding materno*, de *contenção*, *elaboração e simbolização dos afectos da criança* (a *função alpha* de Bion, citado por Mazet, & Houzel, 1994), numa fase de vida da mãe do Miguel, extremamente difícil, com os maus-tratos físicos a ambos, rejeição e traição assumidas por parte do pai do Miguel, e depois com *a ruptura relacional* (aos 2/3 anos do Miguel, idade de aprendizagem do controlo dos esfíncteres), uma *perda* para ambos (Miguel e sua mãe), com *um luto difícil* que parece ainda magoar e povoar bastante a vida afectiva da mãe do Miguel, dada a saliência espontânea do mesmo no seu discurso, em comparação com a ausência total do actual companheiro (padrasto do Miguel). A hipótese de existirem evidências de *depressividade* (Coimbra de Matos, 2003) no sofrimento do Miguel expresso através da organização do sintoma encoprese ganha aqui um contexto muito relevante. Complementando e corroborando este raciocínio, a mãe do Miguel reconhece também que o Miguel sempre foi uma criança com tendência a acidentes e quedas (*item 22*) que tem sido associada a uma forma de “*acting*” de uma dimensão depressiva latente (e.g. Boubli (2003), Mazet, & Houzel (1994)).

2) Por outro lado, é pertinente referir que o Miguel passou a ir dormir para o seu quarto próprio cerca dos 2 anos (*item 17*), sendo que o Miguel acaba por me contar a propósito de um item do FRT, que ainda hoje dorme com a mãe quando o padrasto não está. Preocupa-me esta função “preenchedora” mais ou menos consciente por parte da mãe do Miguel, como se aquando da sua solidão, os papéis, hierarquia parental, e o sentimento de individuação de ambos (mãe e Miguel) se esbatesse. Tomando em consideração que o sintoma encoprese pode ser compreendido como uma regressão face a uma genitalidade plena (os conflitos edipianos, e o aparecimento das primeiras práticas masturbatórias), este dado parece-me bastante relevante.

3) Além disso, segundo a percepção da mãe, o Miguel nunca teve nenhum boneco ou objecto preferido do qual não se separava (*item 23*) (*o objecto transicional*, Winnicott (1958, 2000)), sendo que ainda hoje o Miguel fica angustiado ou ansioso quando se separa da mãe, revelando a presença de alguma *angústia de separação*, de acordo com a percepção da sua mãe (*item 27*). Relacionando

este dado com a ruptura do casal aquando da aquisição do controlo esfíncteriano por parte do Miguel, e ainda o facto dele se encontrar a viver actualmente com os avós maternos, faz sentido hipotetizar que a vinculação de base à figura materna e à figura paterna não parece estar a ser suficiente para que o Miguel desenvolva um sentimento de segurança afectiva pleno (com respectivas repercussões para a auto-estima e valor próprio).

4) Complementarmente, vale a pena referir a percepção da mãe do Miguel acerca da relação entre o filho e pai. A figura paterna é descrita como: 1) pouco interventiva nas regras de educação do Miguel (*item 30*), 2) uma figura que o Miguel sobretudo teme em vez de respeitar (*item 31, 32*), 3) alguém quem de quem o Miguel não se lembra na sua ausência, e com quem não conta para as suas actividades (*item 35*), o que me parece muito relevante, visto que no desenho da família do Miguel, o pai é a primeira figura da família a surgir, isto é, poderá existir uma discrepância entre o desinteresse intuído pela mãe do Miguel no seu comportamento manifesto, e a sua realidade interna, em que a “fome de pai”, e de identificação ao masculino, é bastante saliente, apesar da extrema ambivalência na relação para com ele.

5) Em relação ao sintoma *encoprese*, salienta-se que o Miguel começou a aprender a controlar a urina *mais cedo* (aos 24 meses) do que as fezes (30 meses) (*item 43, 44*), o que é um dado atípico no desenvolvimento da maioria das crianças (e.g. Ana Freud, 1987), e que pode revelar dificuldades neste marcador do desenvolvimento, principalmente se o relacionarmos com o facto de que a separação dos seus pais ocorre nessa altura. É possível que dado o stress a foi sujeita toda a família, incluindo o Miguel, isso tenha ressentido na sua capacidade adaptativa, originando um ponto de fixação na ligação com o sofrimento emocional, e o que o Miguel agora recupera. A experiência traumática na praia com os avós, que o Miguel revela, também me parece influenciar, visto que a mãe refere que a aprendizagem do controlo dos hábitos de higiene se espontaneamente, precisamente no contexto da praia. Por outro lado, destaca-se também que na percepção da mãe, os “acidentes” do Miguel ocorrem normalmente quando está distraído a brincar (não mostrando consciência no acto, o que é congruente com as conclusões de Santos, & Caldas (1975)), e ele tende a procurar alguém para ajudar quando toma consciência (a componente auto-erótica do sintoma não parece, a partir desta análise superficial, ser muito evidente no seu caso).

6) Por último, em termos dos *recursos* do Miguel, a mãe revela que apesar de não ser uma criança muito obediente (*item 36*), e de tentar afirmar as suas vontades (*item 38*), ele fez uma boa adaptação à escola, é curioso, gosta de aprender (*item 39*), faz amigos com facilidade (*item 40*), e desenvolveu uma relação boa com a sua professora (*item 41*).

7. Formulação de compreensão psicodinâmica sobre o caso do Miguel: síntese e integração dos dados clínicos recolhidos no estudo de caso, com as hipóteses experimentais em investigação.

O sintoma *encoprese retentiva* do Miguel, compreende-se segundo vários primas complementares. Por um lado, é preocupante *o conflito* entre a *mãe* e o *pai*, vivido de forma relativamente *clivada entre o corpo/afecto e mente*, que são investidos conscientemente pelo Miguel de forma *oposta*, sendo a mãe, a representante do “completamente bom”, do amor, e o pai, o representante do “exclusivamente mau, do ódio. Por outro lado, é também muito relevante, a “fome de pai” que o Miguel demonstra, ou seja, *a carência de identificação ao masculino*, em que os conflitos edipianos se revelam insuficientemente resolvidos, e onde é possível intuir *o bloqueio* implicado nesta realidade afectiva tão paradoxal, difícil de integrar, e de simbolizar. Além disso, a tendência à *idealização da figura materna*, faz-se acompanhar de uma significativa *inibição da agressividade* (uma *agressividade* que parece estar *ligada à dimensão masculina*, na realidade afectiva do Miguel), que contribui para esta *necessidade defensiva de contenção*, vivida no *corpo*, especificamente na relação com *o funcionamento intestinal*.

A *sensibilidade à separação* dos objectos (mãe, pai, ou outros objectos de amor, e também as próprias fezes investidas como parte de si) ganha significado no contexto da *separação dos pais*, traumática para todos, e que acaba por *ocorrer na altura em que o Miguel aprende a controlar as fezes* na praia. Complementarmente, a experiência traumática que o Miguel viveu na praia, recentemente, é marcada por uma *angústia de morte massiva* (“se não fosse a minha avó a puxar-me...lá ia eu...”), e pode desempenhar um papel na fragilização do funcionamento intestinal, visto que o Miguel, como refere a sua mãe, aprendeu os hábitos de higiene, na praia.

Além disso, é muito relevante, a possibilidade do Miguel, na ausência do padrasto (que representa como mulher no seu desenho) servir uma função de *substituição do objecto de amor materno*, com toda a culpabilidade que isso acarreta. A *necessidade de evitamento da genitalidade plena* (e.g. ausência de mãos nos seus desenhos, incluindo no de si próprio) é também compreendida com a partir desta hipótese clínica.

Em relação à hipótese de Santos, & Caldas (1975), ela *corrobora-se em parte* no caso da mãe do Miguel. O perfil defensivo da mãe do Miguel é marcado pela tendência para recorrer a *mecanismos defensivos na linha obsessiva*, e a *estratégias repressivas* que predis põem à *somatização*.

Complementarmente, o *contacto pele-a-pele* é valorizado, observável, contrariamente à expectativa inicial, contudo, salienta-se que na primeira infância do Miguel, é curioso verificar *a ineficácia do colo e do embalar* (o envolvimento afectivo profundo), enquanto estratégias tranquilizadoras, aquando do *choro* e do *adormecer* do Miguel (a *separação* do objecto de amor

materno, quando a criança se entrega ao sono). É a fragilidade da *contenção afectiva e física*, que implica um *contacto pele-a-pele em sintonia* com a vida afectiva da criança, durante um período de desenvolvimento fulcral para o Miguel. A mãe do Miguel vive nesta altura, momentos de grande sofrimento com *o romper da relação conjugal*, logo compreende-se a *dificuldade de se disponibilizar de forma segura, tranquila, contentora* para este encontro delicado e entre a mãe e o seu bebé.

Por fim, importa referir que o Miguel parece encontrar na via somática do seu sofrimento, uma forma de re-descobrir *os seus limites*, em que *é continente de si próprio*, quer em termos *físicos* como *afectivos*. Um corpo pouco investido, e carente de envolvimento afectivo em sintonia numa fase de desenvolvimento das estruturas basilares da personalidade – o *eu-pele poroso* descrito por Anzieu (1991). Apesar de tudo, o Miguel luta, e intui inconscientemente a capacidade de *dar* atenção, amor, afecto (da sua mãe) na doença, no adoecer, algo observado na relação com os seus avós maternos. O Miguel reclama-a para si, através do *adoecer somático*, revelando *uma necessidade compensatória de uma carência afectiva de base* que se repercute no seu funcionamento e capacidade adaptativa (como partilha o Miguel: “eu vim de ambulância...é muito mais fixe do que vir de autocarro...”).

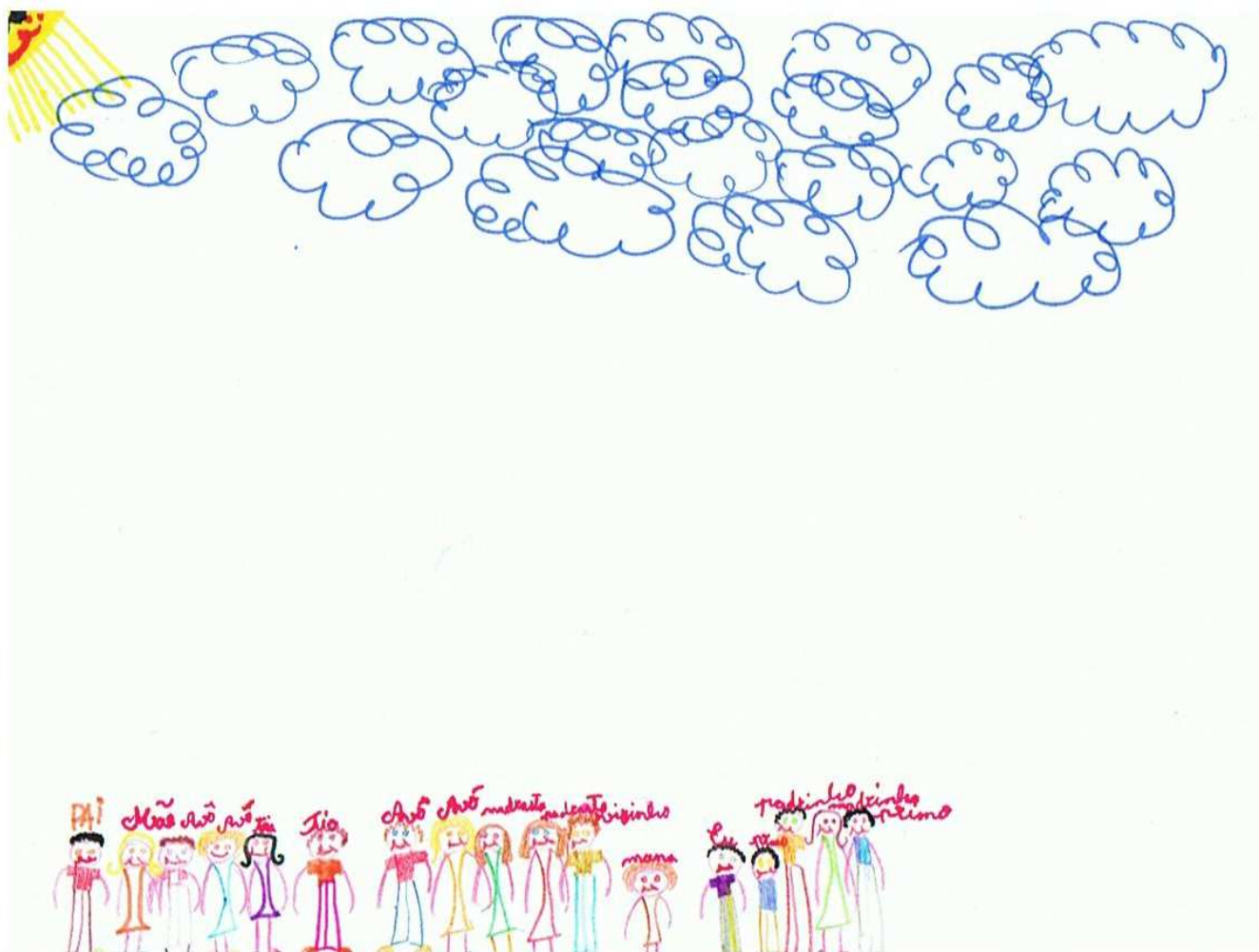
Anexo II. I

Desenho de uma pessoa
(elaborado pelo Miguel)



Anexo II.II

Desenho da família



Anexo II. III

Questionário Psicodinâmico

(Matos, & Bettencourt, 2008)

Questionário psicodinâmico – Encoprese
(Matos & Bettencourt, 2008)
(Versão I – sexo M)

Instruções para o preenchimento do questionário:

1- Por favor responda a *todas as questões do questionário*, e se tiver alguma dúvida numa das questões passe à frente e complete o resto do questionário.

1.1 - Quando a investigadora voltar poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha, e assim preencher os itens em falta.

1.2 – Por favor não deixe nenhuma pergunta por responder, se a sua dificuldade à resposta for porque *não se lembra* do que lhe é perguntado, responda *o mais aproximadamente possível*.

2 – Não existem respostas certas ou erradas, o que interessa neste investigação é saber aquilo que *sente*, a sua opinião pessoal.

3 – Se achar que deve completar a sua resposta com mais alguma informação além daquela que lhe é pedida, poderá fazê-lo escrevendo ao lado desse item.

4 – O questionário tem quatro tipos de itens:

1- Itens de resposta sim/não, que deverá assinalar com uma cruz na resposta com que concorda.

Ex: Eu e o meu filho costumamos zangar-nos por causa das idas à casa de banho. ☒ Sim ☐ Não

2 – Itens de resposta entre 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente) consoante o grau de concordância em relação à afirmação. Deverá *assinalar o número* que corresponde ao grau de concordância com a afirmação na sua opinião.

Ex:

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
O meu filho não gosta de brincar sozinho.	1	2	3	4	5

3 – Itens de em que lhe pedimos para completar a resposta por escrito.

Ex: O meu filho começou a andar aos ____X____ meses.

4 – Itens em que deverá fazer tantas cruces quanto o número de respostas que acha que se aplicam à pergunta.

Ex: Quando o meu filho se assusta/entristece procura:

- a) pai ☐
- b) mãe ☐
- c) irmãos ☐
- d) outro ☐

- Qual? _____.

Mais uma vez muito obrigado pelo seu importante contributo para o estudo deste sintoma que preocupa tantas crianças e suas famílias, e os técnicos.

Sexo: _____

Idade: _____

- Qual é a história do nome da criança? (Quem escolheu, a razão, história associada à escolha)

1- Quando engravidei:

a) Sonhava ter uma menina ☐ Sim ☐ Não

b) Sonhava ter um menino ☐ Sim ☐ Não

c) Levei algum tempo a habituar-me à ideia de estar grávida ☐ Sim ☐ Não

d) Não desejava engravidar ☐ Sim ☐ Não

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
2. Cheguei a ter receio quando não sentia o meu bebé a mexer, como se pudesse passar-se alguma coisa de mal com ele.	1	2	3	4	5
3. Lembro-me de olhar o meu filho com orgulho e admiração, ao longo da sua infância.	1	2	3	4	5
4. As pessoas importantes para mim acham que tenho orgulho e admiração pelo meu filho.	1	2	3	4	5

5- Amamentou? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Não foi porque:

a) Podia fazê-lo, mas decidi não o fazer ☐ Sim ☐ Não

b) Não pude fazê-lo, apesar de desejar ☐ Sim ☐ Não

c) Não pude fazê-lo, mas também não tinha muita vontade de fazer ☐ Sim ☐ Não

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
6- A amamentação/alimentação (biberão) não foi para mim um momento de prazer e partilha com o meu filho.	1	2	3	4	5
7- Durante a amamentação/alimentação (ex.biberão) sentia que eu e o meu filho estávamos em harmonia	1	2	3	4	5
8- Quando amamentava/alimentava o meu filho, valorizava senti-lo em contacto físico comigo.	1	2	3	4	5
9- Quando amamentava, sentia que tinha pouco tempo/disponibilidade para o fazer.	1	2	3	4	5
10- Não somos uma família que valoriza muito as carícias e contacto físico.	1	2	3	4	5
11- Somos uma família demonstra afecto através por exemplo, o diálogo, as prendas, a boa comida, uma boa escola, entre outros.	1	2	3	4	5
12- Durante a infância do meu filho, costumava pegar-lhe frequentemente ao colo para acarinhá-lo.	1	2	3	4	5
13- O meu filho não nos procura para se aninhar e pedir afecto.	1	2	3	4	5
14- Sinto que enquanto família nos mimamos muito (contacto físico) apesar do(s) filho(s) já estar(em) crescido(s).	1	2	3	4	5
15- Algumas vezes quis abraçar e dizer que gosto muito do meu filho, e receei fazê-lo porque não sabia qual seria a sua reacção.	1	2	3	4	5

16- Quando o meu filho chorava, a maior parte das vezes, acalmava-se com (não assinale mais que 2 respostas):

- a) a mama, e mais tarde com a comida (p.e. doces,...) ☐
- b) o colo e o embalar ☐
- c) a chucha ou chuchar no dedo ☐
- d) sozinho (passava-lhe com o tempo) ☐
- e) outro. ☐ Qual? _____.

17- O meu filho foi dormir para o seu quarto (não assinale mais que 2 respostas):

- a) Desde as primeiras semanas de vida ☐
- b) Desde mais ou menos os 6 meses de vida ☐
- c) Desde mais ou menos 1 ano de vida ☐
- d) Com 2 anos de vida ou mais ☐
- e) Hoje dorme sempre no quarto dos pais ☐
- f) Hoje dorme frequentemente no quarto dos pais ☐
- g) Hoje dorme esporadicamente no quarto dos pais ☐

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
18- O meu filho tinha dificuldade em adormecer.	1	2	3	4	5
19- Não costumava funcionar embalar o meu filho para adormecer.	1	2	3	4	5
20- Quando punha o meu filho a dormir ele costumava ficar acordado no berço sem dormir com os olhos muito abertos.	1	2	3	4	5

- 21 a) O meu filho começou a comer (sem ser leite materno ou biberão) aos _____ meses.
- b) O meu filho começou a andar aos _____ meses.
- c) O meu filho começou a falar aos _____ meses.

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
22- O meu filho tem/tinha tendência para quedas e acidentes.	1	2	3	4	5

- 23- O meu filho tem/tinha um boneco ou brinquedo do qual não se separava ou com o qual dormia quase sempre.
Qual? _____.

☐ Sim ☐ Não

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
24- O meu filho não gosta de brincar sozinho.	1	2	3	4	5
25- O meu filho prefere brincar sozinho do que com os colegas.	1	2	3	4	5
26- O meu filho não é uma criança agressiva com os pais.	1	2	3	4	5
27- O meu filho fica angustiado quando não estamos juntos ou tenho de ir a algum lado sem ele.	1	2	3	4	5

28- O pai do meu filho costuma intervir nas regras para a educação do nosso filho.	1	2	3	4	5
29- O meu filho e o pai não costumam fazer actividades juntos (passear, brincar).	1	2	3	4	5

30- Quando o meu filho se assusta/entristece procura:

- e) pai ☐
- f) mãe ☐
- g) irmãos ☐
- h) outro ☐

- Qual? _____.

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
31- Sinto que o meu filho tem medo do pai.	1	2	3	4	5
32- Sinto que o meu filho não respeita o pai.	1	2	3	4	5
33- Sinto que o meu filho tem medo de mim.	1	2	3	4	5
34- Sinto que o meu filho não me respeita.	1	2	3	4	5
35- O meu filho lembra-se do pai quando está ausente, e espera que participe nas suas actividades e planos.	1	2	3	4	5
36- O meu filho não é uma criança muito obediente.	1	2	3	4	5
37- O meu filho costuma tentar discutir com os pais sobre o que quer tentando afirmar-se.	1	2	3	4	5
38 – O meu filho não se adaptou bem à escola.	1	2	3	4	5
39- O meu filho é curioso e interessa-se por aprender.	1	2	3	4	5
40 – O meu filho faz amigos com facilidade.	1	2	3	4	5
41 – O meu filho tem uma boa ligação com a(s) professora(s).	1	2	3	4	5

42 – A professora acha que o meu filho é uma criança (não assinale mais que 2 respostas):

- a) Dependente ☐
- b) Interessada ☐
- c) Triste ☐
- d) Autónoma ☐
- e) Agressiva ☐
- f) Afável ☐
- g) Desinteressada ☐
- h) Solitária ☐
- i) Popular ☐

43- O meu filho começou a aprender a controlar os chichis aos _____ meses.

44- O meu filho começou a aprender a controlar os cocós aos _____ meses.

45- O meu filho nunca conseguiu adquirir o controlo completo:

a) da urina ☐ Sim ☐ Não

b) das fezes ☐ Sim ☐ Não

45 a) Se disse que **sim** à dificuldade de controlar as **fezes**:

Acha que esta dificuldade é porque:

- Tem uma doença orgânica. ☐

- Está a tentar desafiar-me. ☐

- Não consegue tolerar bem a ansiedade e a frustração. ☐

- A maior parte das vezes são acidentes. ☐

- Outra. ☐ Qual? _____

46- Já apanhei o meu filho a manusear as fezes.

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**:

38 a) O comportamento do meu filho enojou-me muito. ☐

b) Compreendi que era da idade. ☐

c) Zanguei-me com ele. ☐

d) Não liguei, ele ainda não tinha aprendido as regras de higiene. ☐

47- Eu e o meu filho costumamos zangar-nos por causa das idas à casa de banho.

☐ Sim ☐ Não

48- Às vezes quando o meu filho fazia cocó na roupa parecia que fazia de propósito.

☐ Sim ☐ Não

49- Quando o meu filho fazia cocó na roupa ele:

a) fingia que não se passava nada ☐

b) tentava esconder ☐

c) ia ter com alguém para avisar ☐

d) estava distraída a brincar e não notava. ☐

e) estava a caminho da casa de banho mas não se aguentava até lá. ☐

f) o meu filho não fazia cocó na roupa. ☐

- **Observações ou informações que considere relevantes**

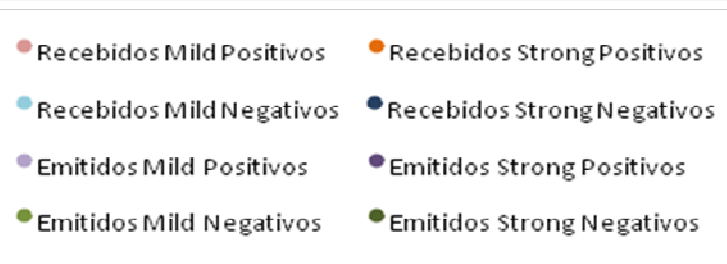
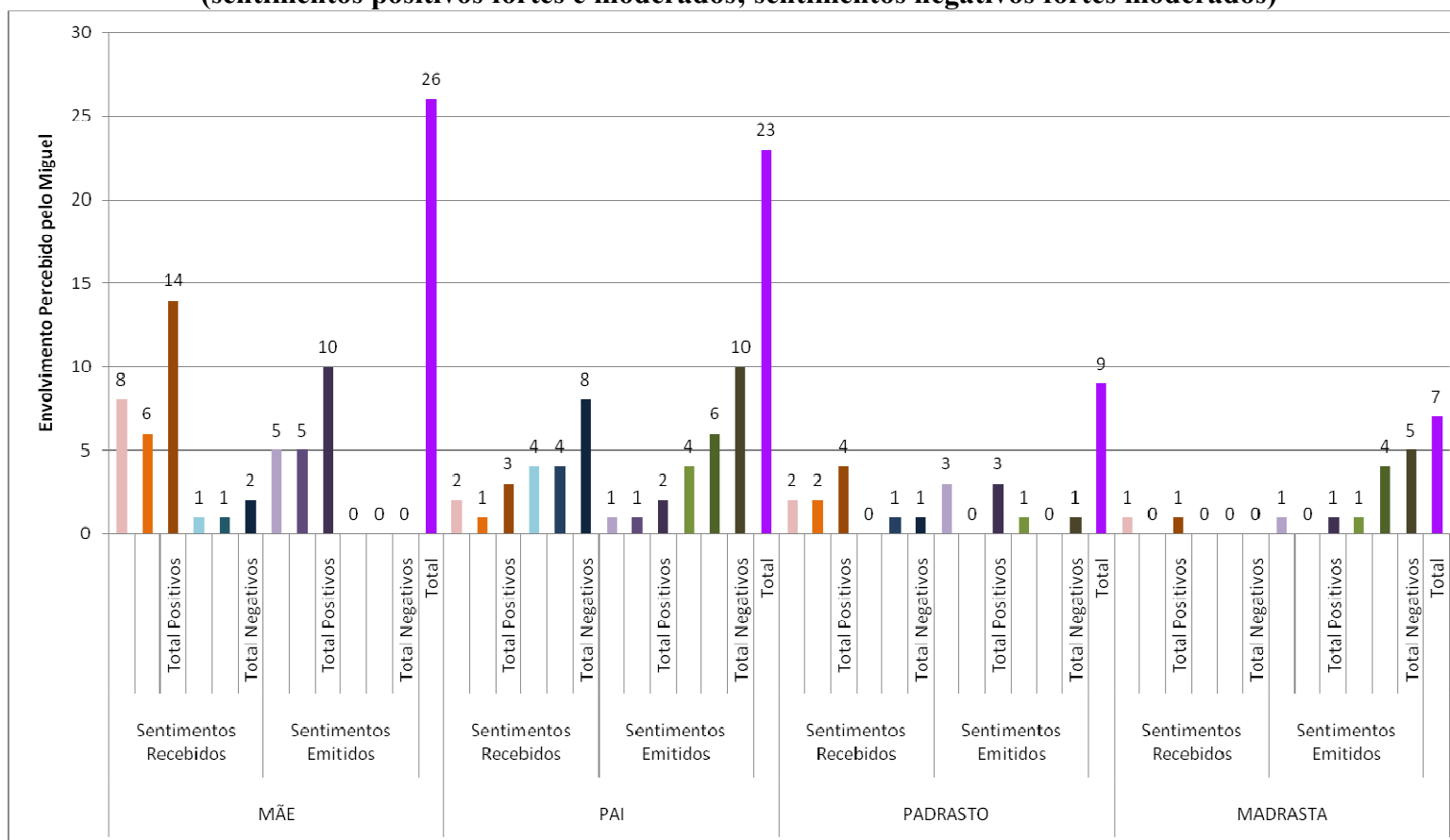
Anexo II.IV

Gráficos dos Resultados do Miguel no

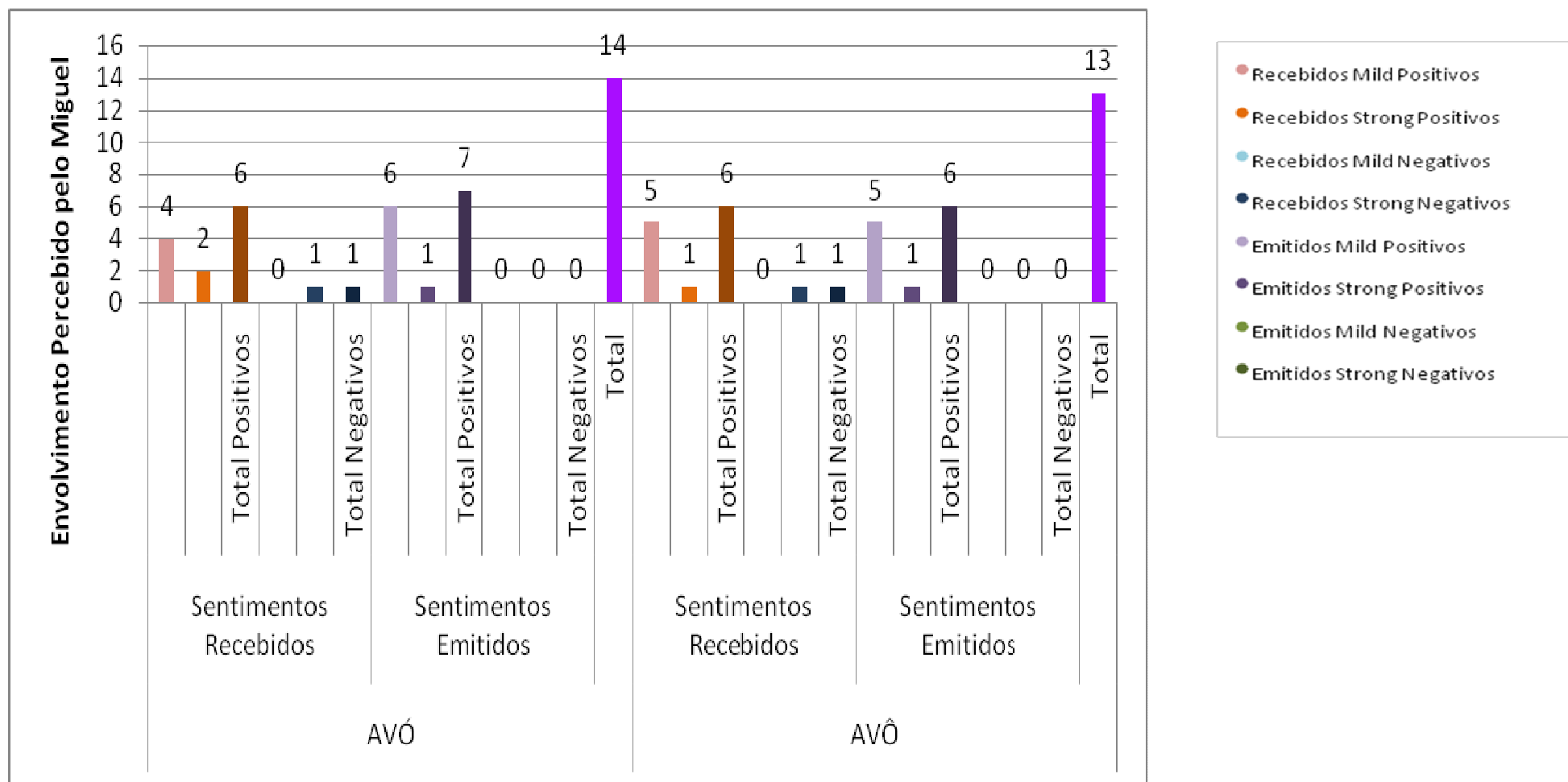
Family Relations Test Revised

(Bene, & Anthony, 1978)

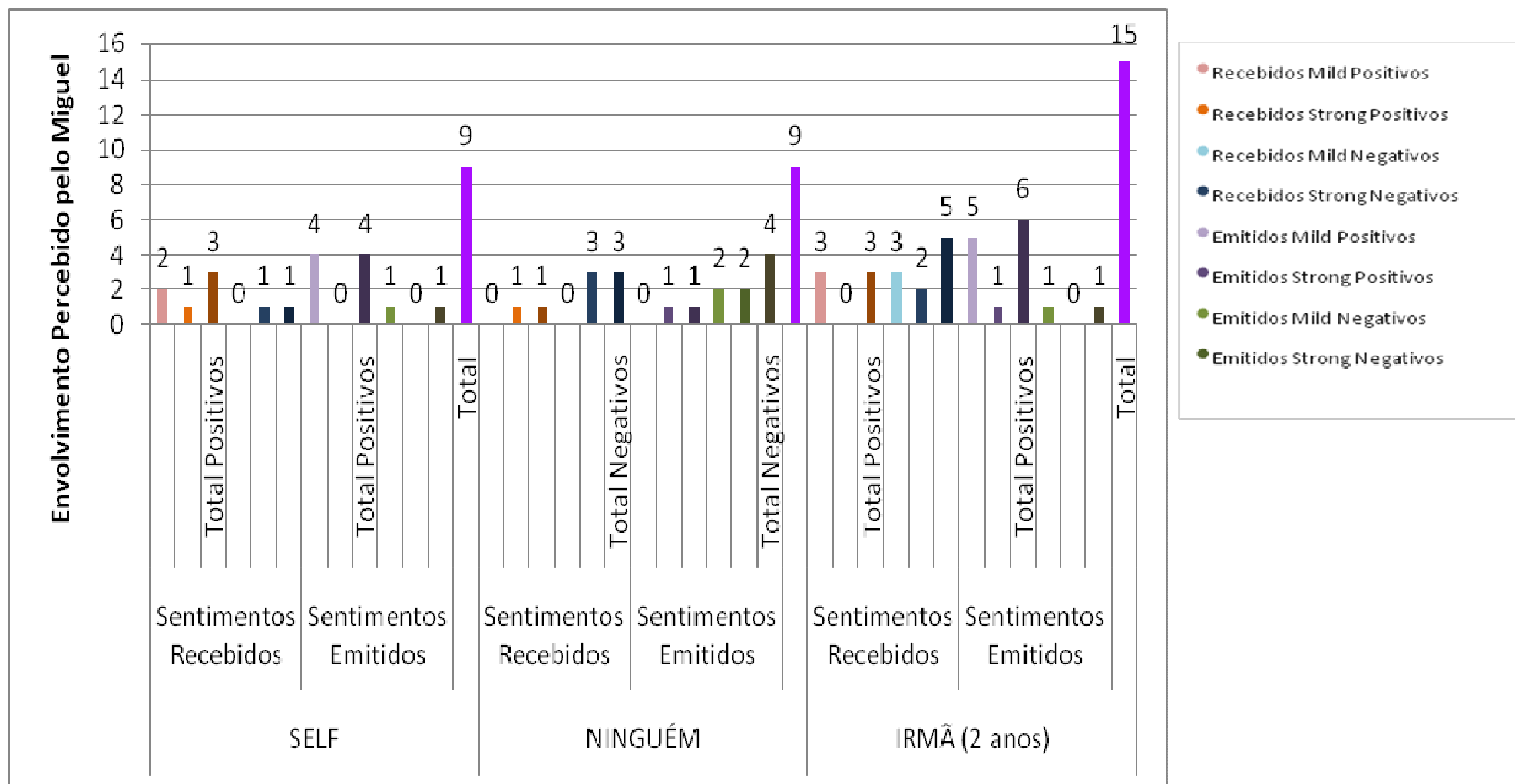
**Resultados de Envolvimento Percebido pelo Miguel em relação a cada elemento da Família
(sentimentos positivos fortes e moderados; sentimentos negativos fortes moderados)**



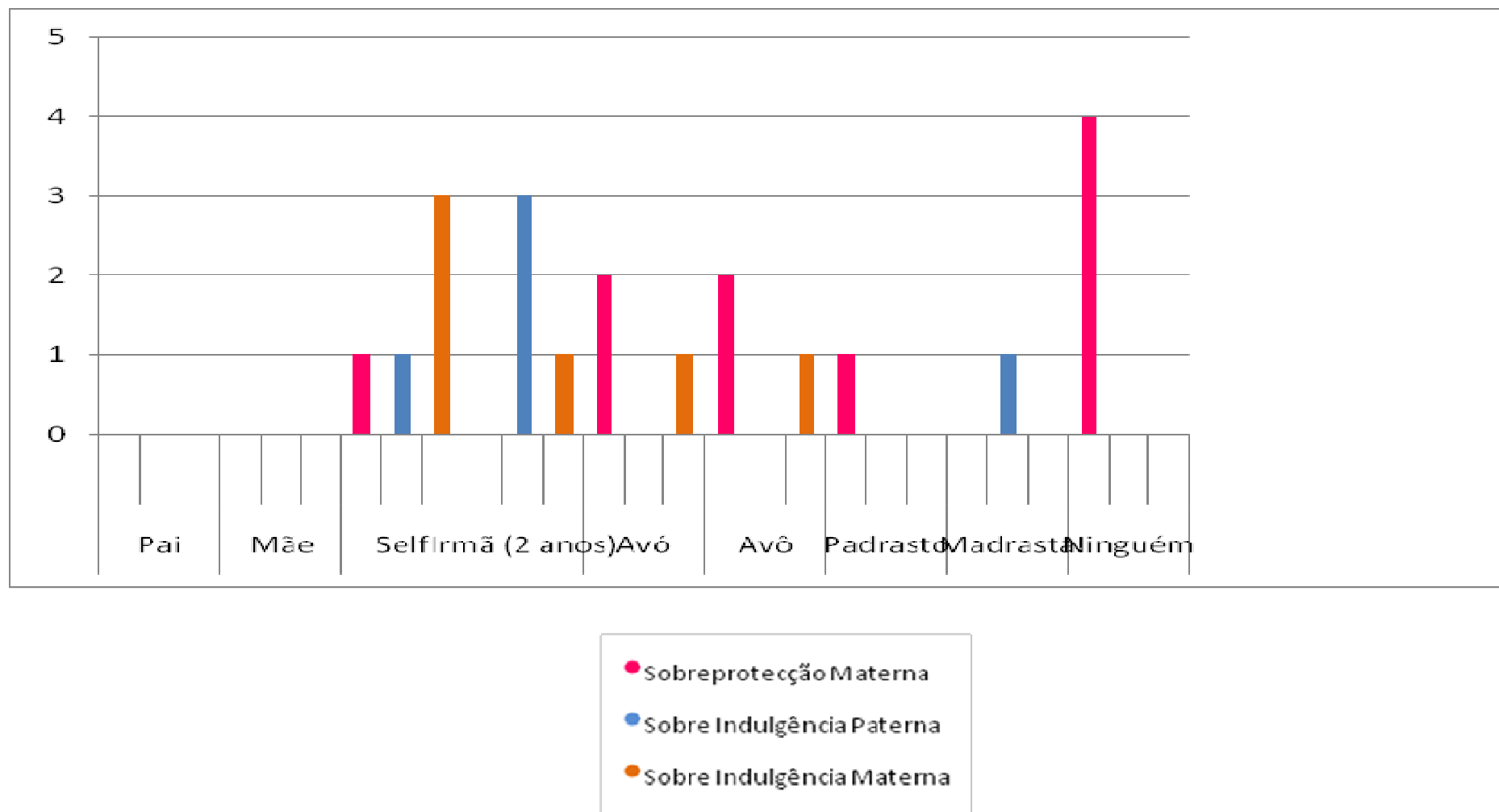
**Resultados de Envolvimento Percebido pelo Miguel em relação a cada elemento da Família
(sentimentos positivos fortes e moderados; sentimentos negativos fortes moderados)**



**Resultados de Envolvimento Percebido pelo Miguel em relação a cada elemento da Família
(sentimentos positivos fortes e moderados; sentimentos negativos fortes moderados)**



Resultados de sobreprotecção materna, sobreindulgência paterna e materna



Anexo III

Conteúdos dos Itens do

Family Relations Test – Revised

(Bene, & Anthony, 1978)

**Descrição das mensagens que compõem a forma B do teste
(utilizada nesta investigação)**

1. Sentimentos *emitidos* pela criança em relação às pessoas que considera família:

- *Afectos levemente positivos (afectuosos) (Outgoing mild positive feelings)*

- 00. Esta pessoa da minha família é muito simpática.
- 01. Esta pessoa da minha família é muito alegre.
- 02. Esta pessoa da minha família ajuda sempre os outros.
- 03. Esta pessoa da minha família tem muito bom feitio.
- 04. Esta pessoa da minha família apoia-me sempre.
- 05. Esta pessoa da minha família tem imensa graça.
- 06. Esta pessoa da minha família merece um presente bonito.
- 07. Esta pessoa da minha família é mesmo boa pessoa.
- 08. É muito bom brincar com esta pessoa da família.
- 09. Esta pessoa da minha família é muito bondosa.

- *Afectos fortemente positivos (afectuosos/erotizados) (Outgoing strong positive feelings)*

- 10. Gosto de fazer festas a esta pessoa da família.
- 11. Gosto que esta pessoa da minha família me dê beijinhos.
- 12. Às vezes gostava de poder dormir na mesma cama com esta pessoa da minha família.
- 13. Gostava que esta pessoa da minha família estivesse sempre ao pé de mim.
- 14. Gostava que esta pessoa da minha família gostasse mais de mim do que dos outros.
- 15. Quando me casar gostava que fosse com uma pessoa parecida com esta pessoa da minha família.
- 16. Gosto que esta pessoa da minha família me faça cócegas.
- 17. Gosto de dar abraços a esta pessoa da minha família.

- *Afectos levemente negativos (de desagrado) (Outgoing mild negative feelings)*

- 20. Esta pessoa da minha família, às vezes é demasiado picuinhas.
- 21. Às vezes esta pessoa da minha família é muito chata.
- 22. Esta pessoa da minha família é desmancha-prazeres.
- 23. Esta pessoa da minha família por vezes irrita-se muito depressa.
- 24. Esta pessoa da minha família por vezes tem mau feitio.
- 25. Esta pessoa da minha família, por vezes, queixa-se demais.
- 26. Esta pessoa da minha família fica chateada sem ter razão para isso.
- 27. Esta pessoa da minha família nunca está satisfeita.
- 28. Esta pessoa da minha família por vezes não tem muita paciência.
- 29. Esta pessoa da minha família às vezes fica zangada demais.

- *Afectos fortemente negativos (agressivos) (Outgoing strong negative feelings)*

- 30. Às vezes apetecia-me matar esta pessoa da minha família.
- 31. Às vezes até gostava que esta pessoa da minha família se fosse embora.
- 32. Às vezes sinto que odeio esta pessoa da minha família.
- 33. Às vezes apetece-me bater nesta pessoa da minha família.
- 34. Às vezes acho que era mais feliz se esta pessoa não fosse da minha família.
- 35. Às vezes, sinto-me farto desta pessoa da minha família.
- 36. Às vezes, apetece-me fazer coisas só para aborrecer esta pessoa da minha família.
- 37. Esta pessoa da minha família consegue fazer sentir-me muito zangado.

2. Sentimentos *recebidos* pela criança das pessoas que considera da família:

-Afectos levemente positivos (afectuosos) (incoming mild positive feelings)

- 40. Esta pessoa da minha família é muito carinhosa para mim.
- 41. Esta pessoa da minha família é muito boa para mim.
- 42. Esta pessoa da minha família gosta muito de mim.
- 43. Esta pessoa da minha família presta-me muita atenção.
- 44. Esta pessoa da minha família gosta de me ajudar.
- 45. Esta pessoa da minha família gosta de brincar comigo.
- 46. Esta pessoa da minha família compreende-me mesmo.
- 47. Esta pessoa da minha família ouve o que tenho para dizer.

- Afectos fortemente positivos (afectuosos/erotizados)

- 50. Esta pessoa da minha família gosta de me dar beijinhos.
- 51. Esta pessoa da minha família gosta de me abraçar.
- 52. Esta pessoa da minha família gosta de me dar festinhas.
- 53. Esta pessoa da minha família gosta de me ajudar quando estou a tomar banho.
- 54. Esta pessoa da minha família gosta de me fazer cócegas.
- 55. Esta pessoa da minha família gosta de estar na cama comigo.
- 56. Esta pessoa da minha família quer estar sempre ao pé de mim.
- 57. Esta pessoa da minha família gosta mais de mim do que qualquer outra pessoa no mundo.

- Afectos levemente negativos (de desagrado) que a criança sente que recebe dos vários elementos da sua família (incoming mild negative feelings)

- 60. Às vezes, esta pessoa da minha família mostra-me uma cara zangada.
- 61. Esta pessoa da minha família gosta de me arrelhar de propósito.
- 62. Esta pessoa da minha família às vezes ralha comigo.
- 63. Esta pessoa da minha família não brinca comigo quando lhe peço.
- 64. Esta pessoa da minha família nem sempre me ajuda quando estou aflito.
- 65. Esta pessoa da minha família é chata para mim.
- 66. Esta pessoa da minha família às vezes fica zangada comigo.
- 67. Esta pessoa da minha família está demasiado ocupada e não tem tempo para mim.

- Afectos levemente negativos (agressivos) que a criança sente que recebe dos vários elementos da sua família (incoming strong negative feelings)

- 70. Esta pessoa da minha família bate-me muito.
- 71. Esta pessoa da minha família castiga-me muito.
- 72. Esta pessoa da minha família faz-me sentir burro.
- 73. Esta pessoa da minha família mete-me medo.
- 74. Esta pessoa da minha família é má para mim.
- 75. Esta pessoa da minha família às vezes faz-me sentir infeliz.
- 76. Esta da minha família está sempre a queixar-se de mim.
- 77. Esta pessoa da minha família não gosta o suficiente de mim.

- Sentimentos de sobre protecção materna (Maternal Overprotection)

- 80. A minha mãe preocupa-se que esta pessoa da família se constipe.
- 81. A minha mãe preocupa-se que esta pessoa da família possa adoecer.
- 82. A minha mãe preocupa-se que esta pessoa da família possa ser atropelada.
- 83. A minha mãe preocupa-se que esta pessoa da família se possa magoar.
- 84. A minha mãe preocupa-se que possa acontecer uma coisa a esta pessoa da família.
- 85. A minha mãe preocupa-se que esta pessoa da minha família ande à solta por aí.
- 86. A minha mãe tem medo que esta pessoa da minha família brinque com meninos brutos.
- 87. A minha mãe preocupa-se que esta pessoa da minha família não coma o suficiente.

-Sentimentos de sobreindulgência do pai (Paternal Overindulgence)

- 90. O pai acha que esta pessoa da família é a mais simpática de todas.
- 91. O pai dá atenção demais a esta pessoa da minha família.
- 92. O pai dá mimos demais a esta pessoa da minha família.
- 93. O pai passa tempo demais com esta pessoa da minha família.
- 94. Esta é a pessoa da minha família de quem o pai gosta mais.

- Sentimentos de sobreindulgência da mãe (Maternal Overindulgence)

- 95. Esta é a pessoa da minha família que a mãe acha a mais simpática de todas.
- 96. A mãe dá atenção demais a esta pessoa da minha família.
- 97. A mãe dá mimos demais a esta pessoa da minha família.
- 98. A mãe passa tempo de mais com esta pessoa da minha família.
- 99. Esta é a pessoa da minha família de quem a mãe gosta mais.

Anexo IV

Autorização para os Pais das Crianças com

Encoprese

O **Hospital D. Estefânia de Lisboa** irá colaborar com a **Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa**, no âmbito de uma investigação (tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Dinâmica), na área da Psicologia Clínica, mais particularmente sobre o sintoma da **encoprese** (dificuldades no controlo esfíncteriano em relação às fezes sem causa orgânica objectivável) em *crianças* dos **7 aos 11 anos**.

Vimos assim, deste modo, **solicitar a colaboração de vossa excelência e do seu filho(a)** numa entrevista com a investigadora, durante aproximadamente **60 minutos**, no âmbito deste estudo, que poderá, com os conhecimentos científicos conseguidos, contribuir para ajudar os técnicos, as famílias e as próprias crianças a ultrapassar os efeitos, consequências e impacto deste sintoma em todos.

Assegura-se a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

A importância do **lado afectivo e relacional** da criança com este sintoma, em relação à sua família, escola e amigos, tem sido sistematicamente comprovada.

Neste sentido, nesta entrevista, pretendemos aplicar um instrumento psicológico à criança, o **Teste das Relações Familiares para crianças (Bene & Anthony, 1978)**, que permite caracterizar com bastante detalhe a vida afectiva da criança, tal como é percebida pela mesma: **1)** os afectos em relação às pessoas mais importantes para si, **2)** os afectos em relação a si mesma e **3)** os afectos que acha que as pessoas da sua família sentem por ela.

A partir das respostas das crianças participantes no estudo, o investigador tentará inferir alguns aspectos relevantes do *desenvolvimento psico-afectivo da criança* com o sintoma *encoprese*, que possam revelar-se aspectos importantes para a sua compreensão e assim, aumentar o conhecimento teórico e científico sobre este sintoma que incomoda algumas famílias.

Este instrumento tem uma natureza lúdica e não intrusiva, é muito utilizado em contexto clínico, sendo que as crianças normalmente retiram algum prazer na sua realização, pois acaba por ser um momento privilegiado de expressão emocional. Demora cerca de *15/20 minutos* a realizar.

Por outro lado, **às mães** das crianças com o sintoma, pretendemos aplicar 2 instrumentos psicológicos.

O primeiro, o **Inventário de Mecanismos de Defesa (Gleser & Ihilevich, 1969)**, é um instrumento que consegue a partir das respostas dadas *a situações quotidianas indutoras de conflito*, aferir os *mecanismos de defesa* que utilizamos para lidar com a ansiedade, agressividade, stress do dia a dia.

Os *mecanismos de defesa* são as nossas estratégias adaptativas de gestão das emoções mais ou menos *inconscientes*, isto é, são estratégias para lidar com afectos desagradáveis que não dependem do nosso controlo consciente, ou seja, são mais ou menos automáticas, e em grande maioria aprendidas ao longo da nossa infância e adolescência.

Contudo, em situações muito particulares e específicas, estas estratégias podem tornar-se mais desadaptativas, *provocando mais stress* em vez de o atenuar.

Pretendemos avaliá-los, e perceber se podem estar a desempenhar algum papel na manutenção do sintoma em causa, dada a frustração, ansiedade e cansaço que normalmente são relatado pelas mães e famílias destas crianças, no seu esforço de tentar que consigam adquirir os hábitos de higiene esperados para a sua idade.

Assim, poderemos inferir conhecimentos científicos que possam ajudar a delinear estratégias na intervenção clínica com o intuito de apoio à mãe, à família e à criança com *encoprese*. Este instrumento é acessível, simples, e demora cerca de *20/25 minutos* no seu preenchimento.

Por fim, o segundo instrumento psicológico a ser preenchido pelas **mães** destas crianças – **Questionário Psicodinâmico para a Encoprese (Matos & Bettencourt, 2008)** –, é um questionário desenvolvido especificamente nesta investigação, que pretende recolher dados clínicos da história de vida da criança relevantes para a compreensão do sintoma da *encoprese*. Demora cerca de *15 minutos* no seu preenchimento.

Assim, **a entrevista na sua globalidade** decorrerá da seguinte forma:

- 1) Breve apresentação e reafirmação da confidencialidade dos dados;
- 2) Breve explicação em relação ao preenchimento dos 2 questionários por parte da mãe da criança;
- 3) Após essa breve introdução, concomitantemente a investigadora aplicará o instrumento à criança *durante* o preenchimento dos questionários por parte da mãe (de forma a rentabilizar o tempo);
- 4) Depois do término da prova, seria também um objectivo realizar uma pequena interacção lúdica (até a mãe da criança ter terminado também a tarefa);
- 5) Por fim, durante cerca de 10 minutos (aproximadamente), providenciava-se o espaço para comentários, dúvidas e sugestões numa pequena interacção a 3 (investigadora, mãe e criança).

Desde já os nossos sinceros agradecimentos pela atenção, disponibilidade e colaboração.

Obrigado por auxiliar directamente o avanço do conhecimento científico na área da Psicologia Clínica.

Autorizo a participação do meu filho: SIM ☐ NÃO ☐

Aceito participar nesta investigação: SIM ☐ NÃO ☐

Estou disponível:

Nos **dias** _____, das _____ **horas** às _____ **horas**.
(aponte pelo menos **2 dias diferentes** por favor, para facilitar a organização das entrevistas)

Dados **Confidenciais**:

- O meu **contacto** é _____.
(telemóvel/telefone – exclusivamente para fins de marcação da entrevista)

- **Nome** (primeiro e último): _____.

Assinatura: _____
 ____/____/____

Anexo V

Requerimento formal da autorização do projecto para o Hospital D. Estefânia

***Ao Conselho de Administração do
Hospital D. Estefânia de Lisboa***

Eu, *Cláudia Raquel Leal Bettencourt*, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Psicodinâmica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, com o nº de aluna 4883, solicito a autorização de vossas excelências para a realização de um trabalho de investigação no âmbito da minha tese de final de curso. Sou orientada neste trabalho pelo Professor Manuel Matos, Psicólogo, Psicanalista e Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Foi com o seu auxílio que consegui contactar a Dra. Célia Pinto, responsável pelos serviços de Psicologia do Hospital D. Estefânia, que amavelmente me orientou neste processo, e teve um papel fundamental na escolha da temática a investigar, salientando as necessidades práticas actuais clínicas no âmbito da psicopatologia da criança. Esta investigação tenta assim, responder a solicitações práticas do contexto clínico, num domínio cuja incidência psicopatológica aumentou significativamente, apesar da investigação sobre esta sintomatologia infelizmente ser muito rara e antiga.

O projecto de investigação em questão pretende aprofundar a compreensão acerca do sintoma da *encoprese* em crianças dos 7-11 anos, com base na teoria clínica psicodinâmica (alguns dos principais representantes Kreisler, Fain & Soulé (1981) nomes da Escola Psicossomática de Paris, e em Portugal Dr. João Santos (1972), cuja compreensão clínica do sintoma serão uma das grandes bases teóricas e empíricas deste projecto). Neste sentido, solicito a vossas excelências a autorização para realizar uma entrevista a **25 crianças** com sintomatologia de **encoprese** (dificuldades no controlo esfinteriano em relação às fezes sem causa orgânica objectivável) com as respectivas **mães**, recorrendo à Unidade de Gastrenterologia (UCA) da vossa Instituição.

As entrevistas teriam a duração de cerca de **60 minutos no total** com o intuito de proceder à aplicação de 3 instrumentos psicológicos:

1º Um primeiro instrumento à **criança** (a ser caracterizado mais adiante no documento, aplicação cerca de 20 minutos), **2º** outro à **mãe** da criança (aplicação cerca de 35 minutos) e por fim, **3º** o preenchimento de um questionário especificamente desenvolvido, pela investigadora e respectivo orientador, a ser preenchido no máximo em 15/20 minutos também pelas **mães** das

crianças com sintomatologia encoprética (o intuito é recolher de dados de anamnésicos pertinentes para a compreensão da problemática).

O *procedimento de aplicação* consistiria:

- 1) Breve apresentação da investigação à mãe e criança, com explicitação das condições de participação e reafirmação da confidencialidade dos dados;
- 2) Breve explicação em relação ao preenchimento dos 2 questionários por parte da mãe da criança;
- 3) Após essa breve introdução, concomitantemente a investigadora aplicaria o instrumento à criança *durante* o preenchimento dos questionários por parte da mãe (de forma a rentabilizar o tempo);
- 4) Depois do término da prova, seria também um objectivo realizar uma pequena interacção lúdica (até a mãe da criança ter terminado também a tarefa);
- 5) Por fim, durante cerca de 10 minutos (aproximadamente), providenciava-se o espaço para comentários, dúvidas e sugestões numa pequena interacção a 3 (investigadora, mãe e criança).

Como já foi referido, assegura-se a confidencialidade de todos os dados recolhidos, que apenas serão trabalhados pela investigadora, não sendo recolhida a identificação de qualquer elemento da família que participem no estudo, a não ser alguns dados em relação: 1) à *profissão exercida pelos pais e habilitações literárias* – com o intuito de estabelecer normas a nível de critérios sócio-culturais; 2) a *idade, o ano de escolaridade*, e o *sexo* das crianças em questão, 3) *idade dos pais*, e 4) à localidade recorrendo ao distrito da residência (o mais sigiloso possível mantendo o objectivo indispensável da caracterização da amostra)].

Objectivos da Investigação (novos conhecimentos que se procuram obter)

A importância do factor relacional (nomeadamente ao nível da díade mãe e criança) como contributo etiológico para a organização e manutenção da sintomatologia da encoprese tem sido sistematicamente enfatizado pela investigação empírica em Portugal e noutros países (e.g. Kreisler, Fain, & Soulé (1981); Dr. João dos Santos, (1972); Machado (1980); Kisch, & Pfeffer (1984); Aruffo, Ibarra, & Strupp (2000); Boubli (2001)).

Neste sentido, o estudo em questão pretende como primeiro objectivo, caracterizar as relações *afectivas* tal como são *percebidas pela criança* com encoprese (explorar possíveis padrões que possam ter implicações clínicas relevantes): **1)** averiguar o grau de envolvimento percebido e investido pela criança encoprética na relação com os elementos da sua família (mãe, pai, eventual fratria); **2)** explorar os sentimentos que a criança encoprética tem em relação a si própria e,

compreender se nas relações afectivas, e inferir indirectamente possíveis alterações no nível de maturidade psico-afectivo da criança com encoprese).

Respondendo a este objectivo, o instrumento psicológico a utilizar, seria o ***Family Relations Test (FRT-revised)*** (Bene & Anthony, 1978) (ver, por favor, **anexo I**). É um instrumento psicológico para **crianças** (no nosso estudo aplicado a crianças dos **7-11 anos**), não intrusivo, de carácter lúdico essencialmente construído como técnica projectiva objectiva, com o qual se obtêm dados quantitativos e deste modo se minimiza a influência da subjectividade do avaliador (Bene & Anthony, 1978). É bastante utilizado na psicologia clínica, e infelizmente, menos na investigação apesar da sua riqueza compreensiva, e vantagens significativas na obtenção de material clínico relevante, não intrusividade, rapidez de aplicação e objectividade (o que é raro na maioria das técnicas projectivas) (Bene & Anthony, 1978). Demora apenas cerca de 20/25 minutos na sua aplicação, que permite avaliar: 1) *o envolvimento afectivo total* da criança em relação a família no global e em relação a cada elemento, incluindo em relação a si próprio (positivos e auto-agressivos); 2) a *qualidade* do afecto (positivo, negativo e ambivalência); 3) a *direcção* dos afectos em relação a cada pessoa da família (da criança para os pais e dos pais para a criança, tal como é percebido pela criança em questão); 4) a *dependência* (sobrep Protecção materna, e indulgência materna e paterna); e 5) o grau de inibição dos afectos (escala de 1-5 pontos) (Bene & Anthony, 1978).

Esta prova tem qualidades psicométricas aceitáveis (Bene & Anthony, 1978), e já foi utilizada em Portugal em dois grandes estudos bastante relevantes na área da psicologia clínica. O primeiro estudo foi realizado pela Dra. Madalena Alarcão Silva (1991) (Psicóloga Clínica e Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra), no âmbito da sua tese de Doutoramento sobre a criança asmática entre os 7-12 anos. O segundo pela Dra. Edvige Guerreiro, no âmbito da sua tese de Mestrado em Psicologia Clínica, sobre crianças com perturbações do comportamento entre os 7-12 anos. Neste sentido, enfatiza-se e valida-se a pertinência da utilização deste instrumento numa investigação sobre a psicopatologia psicossomática da criança (neste caso, sobre a encoprese).

Descrição da Prova: esta prova projectiva envolve 21 figuras humanas, representando hipotéticos elementos da família, em que a criança escolhe as figuras que representam a sua família, ou seja, os pais, irmãos, avós e ela própria (depende de quem a criança incluir no seu conceito de família). Para cada figura à uma caixinha que parece uma caixa de correio, onde vão ser deixadas as mensagens ou as cartas, que falam dos afectos e dizem respeito a uma determinada pessoa. Há uma figura, o Ninguém, onde serão colocadas as mensagens que não dizem respeito a nenhum dos elementos da sua família ou a si. O investigador lê 86 mensagens muito breves com conteúdos

afectivos (ver, por favor, **anexo I**), e a criança indicará onde colocar esse afecto (em alguém da família, em si, ou no ninguém). A prova termina depois de todas as cartas serem colocadas nas devidas caixinhas de correio (Bene & Anthony, 1978). Este prova dura cerca de 20 minutos, e costuma ser uma prova apelativa para as crianças, sendo também um momento de expressão emocional privilegiado, num contexto de uma relação positiva, empática e aceitante (da criança e de todos os afectos positivos, negativos que expressa ou sente em relação a si própria).

Como **segundo objectivo**, esta investigação propõe-se tentar confirmar ou infirmar *empiricamente* a hipótese psicodinâmica do Dr. João dos Santos (1972) sobre a existência de um perfil defensivo típico na figura materna (tendência para uma organização da personalidade na linha obsessiva com distância afectiva, alguma rigidez e perfeccionismo), normalmente associada a um sobre-envolvimento com a criança encoprética que possa contribuir para a *manutenção* da dinâmica relacional inerente ao sintoma (recolha de dados apenas permite inferir quanto ao estado actual defensivo).

Hoje em dia, dispomos, graças aos avanços empíricos nesta área, da possibilidade de testar empiricamente as *conclusões teóricas* elaboradas com base na experiência clínica de à mais três décadas, e assim fundamentá-las empiricamente, recorrendo ao método científico.

Neste sentido, o instrumento psicológico *Defense Mechanism Inventory (DMI)* (Gleser & Ihilevich, 1969) (ver, por favor, **anexo II**) consegue detectar padrões nos mecanismos de defesa em adultos a partir da análise das respostas dos indivíduos *a situações quotidianas indutoras de conflito*, podendo assim extrair-se, com base na teoria psicanalítica, cinco categorias de mecanismo de defesa: 1) “mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade para o objecto de relação; 2) mecanismos que justificam a expressão de agressividade face ao objecto, na medida em que lhes são atribuídas características ameaçadoras ou negativas; 3) mecanismos que lidam com o conflito separando o conteúdo do afecto, afastando este último da consciência; 4) mecanismos que lidam com o conflito, dirigindo a agressividade contra o próprio sujeito, o que pode conduzir a soluções defensivas como o masoquismo, auto-sadismo, ou desenvolvimento de estados depressivos; e por último, mecanismos que lidam com o conflito criando respostas positivas ou neutras face a situações frustrantes” (Gleser & Ihilevich, citados por Justo, 1995, p.355-356).

As estratégias que utilizamos para lidar com a ansiedade, agressividade, stress do dia a dia, (as nossas estratégias de gestão das emoções mais ou menos inconscientes - os mecanismos de defesa)

são a maioria das vezes extremamente adaptativas para todos os contextos da nossa vida (trabalho, lazer, relações íntimas).

Contudo, em situações muito particulares e específicas, estas estratégias podem tornar-se mais desadaptativas, provocando mais stress em vez de o atenuar. Por exemplo, quando uma criança tem dificuldade adquirir o controlo das suas fezes, a mãe pode acumular muita frustração, dadas as sucessivas tentativas frustradas de treinar o asseio da criança, o que é uma reacção bastante natural. Em situações de muito stress e frustração, principalmente quando são prolongadas no tempo, possuímos uma tendência para intensificar, às vezes de forma um pouco rígida as nossas estratégias de gestão das emoções. Assim, é possível que a dinâmica relacional entre mãe e criança esteja contaminada por stress, prejudicando muitas vezes o que é uma boa relação mãe-criança. Se se descobrirem padrões defensivos típicos, mais facilmente se conseguirá intervir na família, e desenvolver novas estratégias para lidar com esta situação frustrante particular vivida pela família da criança com encoprese.

A tradição acusatória dirigida à mãe ou à família de crianças e adultos com psicopatologia no passado da Psicologia enquanto ciência, perdeu completamente o sentido à muito tempo. E ainda bem. **O trabalho do psicólogo numa intervenção psicológica é funcionar como elo de ligação e apoio quer para os pais, cujo papel é fundamental, quer para as crianças.** Neste sentido e tendo esta concepção teórica, a actual da Psicologia Dinâmica (já mais distante da Psicanálise), como pano de fundo, a pertinência da aplicação deste questionário às mães das crianças é significativa, dada a necessidade de clarificar alguma congruência entre as estratégias mais ou menos inconscientes de lidar com a ansiedade, o stress, agressividade, e o papel que estas possam estar a desempenhar na **manutenção deste sintoma**. Não é objectivo desta investigação estabelecer considerações sobre a **etiologia** desta sintomatologia com base neste instrumento. Algo que seria inválido dado que permite aferir dos mecanismos de defesa predominantes **no momento** da recolha dos dados. A possibilidade de questionar uma hipótese psicodinâmica elaborada por Dr. João dos Santos e congruente com a maior parte dos autores peritos na compreensão do sintoma, tem também bastante relevância teórica, além das implicações clínicas que se podem tirar dos dados recolhidos.

O *Defense Mechanism Inventory (DMI)* (Gleser & Ihilevich, 1969) é um instrumento psicológico, que avalia processos psicológicos (nomeadamente mecanismos de defesa) de forma simples e não intrusiva, na medida em que consiste num conjunto de situações quotidianas, em que as pessoas, para cada situação, terão de escolher duas respostas: uma com a resposta *mais* parecida à reacção que teriam na situação descrita, e outra com a resposta *menos* parecida. Os resultados são obtidos são quantitativos e objectivos, e a sua aplicação dura cerca de 30/35 minutos (Gleser & Ihilevich, citados por Justo, 1995).

Por último, como **terceiro objectivo** desta investigação, procurou-se dar um contributo original para a área da psicossomática da criança, na medida em que se desenvolveu um instrumento de recolha de dados qualitativos pertinentes, segundo o referencial *psicodinâmico* [*Questionário Psicodinâmico para a Encoprese (Matos & Bettencourt, 2008)*] (ver, por favor, **anexo III**).

Nesta investigação terá apenas uma função exploratória e de apoio ao raciocínio clínico e formulação de hipóteses psicodinâmicas. A aplicação será realizada ao grupo experimental (25 crianças encoprélicas entre os 7-11 anos) e ao grupo de controlo (60 crianças entre os 7-11 anos), apesar das suas dimensões *não* fazerem parte das variáveis empíricas a investigar (o interesse é apenas tentar perceber se o instrumento consegue aceder a informação pertinente que *diferencie* as crianças encoprélicas das crianças normais, para no futuro noutro trabalho de investigação se proceder à sua melhoria, desenvolvimento e validação psicométrica).

Será também um importante auxílio para o estudo clínico de um dos casos (o mais ilustrativo) na segunda parte da tese (mantendo, claro, a confidencialidade da informação e não revelando nenhum dos dados recolhidos com intuito de caracterização da amostra de investigação, à excepção da idade da criança que é relevante para a formulação psicodinâmica).

O *Questionário Psicodinâmico para a Encoprese* (Matos & Bettencourt, 2007) é constituído por 4 módulos: 1) relação dual primária (díade mãe-bebé); 2) triangulação (pai-mãe-criança) e relação com a figura paterna (percebida pela mãe da criança); 3) fase de latência e adaptação escolar; 4) dados clínicos relevantes específicos sobre o sintoma da encoprese, a ser respondido pelo cuidador da criança (de preferência a mãe). Os itens têm um formato misto e são respondidos recorrendo a uma escala de *Likert* que varia entre 1 e 5 (consoante o grau de concordância, **1 – discordo completamente** a **5 – concordo completamente**), e algumas questões com várias opções para assinalar com cruces. O seu preenchimento dura cerca de 15/20 minutos.

Desde já os meus sinceros agradecimentos pela atenção dispensada.

Muito Obrigada pela Disponibilidade

Cláudia Raquel Leal Bettencourt

Lisboa, 30 de Janeiro de 2008

- Orientador da Investigação

Prof. Dr. Manuel Matos

Referências

- Aruffo, R., Ibarra, S., & Strupp, K. (2000). Encopresis and anal masturbation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48 (4), pp. 1327-1354.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa : Climepsi (psicológica de bolso).
- Justo, J. (1995). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. [Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica] Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade de Lisboa.
- Kreisler, L. Fain, M., & Soulé, M. (1981). *A criança e o seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar [trad. Álvaro Cabral]
- Kisch, E., & Pfeffer, M. (1984). Functional Encopresis: Psychiatric Inpatient Treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 38 (2), pp. 264-271.
- Machado, D. (1980). Encoprese – revisão da literatura. *Pediatria*, 2, pp. 101-110.
- Silva, M. (1991) *Criança asmática: subsídios para a compreensão das interrelações familiares da criança asmática* [Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica], Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade de Coimbra.